EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Pr PAUL RECLUS

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN
1912



I

TITRES

Externe des hôpitaux, 1868.
Interne des hôpitaux, 1871.
Aide d'anatomie de la Faculté de médecine, 1876.
Docteur, 1876.
Prosecteur, 1877.
Chirurgien des hôpitaux, 1879; 1er de la promotion.
Professeur agrégé, 1880; 1er de la promotion.
Secrétaire général de la Société de Chirurgie, 1895.
Membre de l'Académie de Médecine, 1895.
Président de la Société de Chirurgie, 1900.
Professeur à la Faculté de Médecine, 1904.
(Chaire de médecine opératoire, puis chaire de clinique chirurgicale.)

II

PRIX

2e mention, externat, 1871.
2e mention, internat, 1872.
1er prix, 1873.
2e prix, 1875, ex-æquo avec la médaille d'or et comme tel prorogé d'un an dans les hôpitaux.
Médaille d'argent de la Faculté, prix des thèses, 1876.
Lauréat de l'Institut, prix Godard, 1882 et prix Montyon, 1900.

III

ENSEIGNEMENT

Cours libre de pathologie externe professé à l'École pratique en 1877, 1878, 1879 et 1880.

Cours complémentaire de pathologie externe professé à la Faculté de médecine en 1884 et en 1888.

Cours de clinique chirurgicale professé à l'Hôtel-Dieu pendant l'année scolaire 1886-1887, suppléance du professeur Richet.

Cours libre de clinique chirurgicale à l'hôpital Broussais en 1889, 1890 et 1891 et à la Pitié en 1892, 1893 et 1894.

Chargé d'un cours annexe de clinique chirurgicale depuis la réforme du stage jusqu'en 1904.

Cours à la Faculté comme titulaire de la chaire de médecine opératoire en 1904.

Cours de clinique chirurgicale à la Charité et à l'Hôtel-Dieu depuis 1905.

Nous diviserons en quatre chapitres l'ensemble de nos travaux susceptibles de légitimer notre candidature : le premier traitera de l'anesthésie localisée qui reste, croyons-nous, notre plus heureux effort scientifique; le deuxième signalera les quelques acquisitions nouvelles inscrites par nous à l'actif de « la chirurgie conservatrice », bien négligée depuis la mort de notre maître Verneuil; le troisième résumera les recherches originales que nous ont inspirées les hasards de l'observation clinique; enfin le quatrième, très bref, ne fera qu'énumérer nos ouvrages de vulgarisation.

ANESTHÉSIE LOCALISÉE

En 1884, Karl Kœller déclare, au Congrès de Heidelberg, que les instillations de cocaïne sous la muqueuse oculaire analgésient la cornée et la conjonctive, assez pour permettre d'y porter l'instrument tranchant sans provoquer de douleur; en France, Terrier répète cette expérience, et de ce jour germe partout l'idée d'obtenir le même résultat pour la peau et les tissus sous-jacents. Presque simultanément plusieurs chirurgiens injectent l'alcaloïde dans le tissu cellulaire et quelques-uns sont assez heureux pour pratiquer, sans éveiller de trop grandes souffrances, quelques opérations de petite chirurgie. Mais on allait au hasard, et même personne ne semblait s'être préoccupé de la puissance toxique de la cocaïne, dont chacun fixait, « au petit bonheur », les doses et les solutions. Il en résulta des désastres retentissants : plusieurs morts furent signalées en divers pays d'Europe et l'épouvante fut telle que l'alcaloïde parut à jamais proscrit de la pratique chirurgicale, car, disait-on, ce poison, en réaction sur l'organisme humain, n'est soumis à aucune loi; un arbitraire si décourageant préside à ses effets qu'un demi-centigramme peut amener les accidents les plus redoutables, tandis que des quantités

quatre cents fois plus considérables ont été tolérées sans inconvénient. Or, ajoutait-on, même avec ces doses massives, l'anesthésie reste problématique.

C'est à ce moment, vers la fin de 1886, que, dans le service de l'Hôtel-Dieu où je suppléais, comme agrégé, le professeur Richet, je commençai mes recherches et, sans m'émouvoir de catastrophes qu'expliquaient trop bien l'ignorance et la témérité, j'édifiais jour par jour, année par année, une méthode innocente et fidèle, avec cette même cocaïne que tous proclamaient inconstante et dangereuse. Voici les règles nécessaires et suffisantes qui nous ont permis d'obtenir, en même temps que la sécurité, la certitude d'une complète anesthésie.

Mais avant tout, il fallait prouver que, quelle que soit la susceptibilité du patient, il existe, pour la cocaïne, ce que je nommerai des doses *maniables*, celles qu'on ne dépassera pas sans s'exposer à un accident. En effet, la première question qui se pose, lorsqu'on examine la valeur d'un anesthésique, n'est-elle pas le danger qu'il fait courir? Et toute substance nouvelle qu'on veut substituer à une ancienne devra d'abord prouver qu'elle est moins meurtrière. Or, la réputation de la cocaïne était détestable et, parmi beaucoup d'autres, le professeur Germain Sée la proscrivait sans appel, en s'appuyant sur des statistiques vraiment désastreuses : en 1889, un journal imprimait le chiffre effrayant de cent vingt-six décès et, en 1891, dans une discussion de la Société de Chirurgie, un orateur racontait que le même médecin légiste avait rédigé onze rapports sur des empoisonnements mortels par la cocaïne. Il y avait là des exagérations manifestes, mais il n'en restait pas moins vrai que Brouardel, commissaire médical du gouvernement au Sénat, accusait de trente cas de mort l'alcaloïde incriminé.

Brouardel voulut bien me confier ce dossier : nous l'avons dépouillé avec nos élèves Delbosc et Auber; nous avons, avec eux, fouillé les annales de la médecine et, tout compte fait, nous arrivions à un total, non de trente, mais de dix-huit cas dont il restait à discuter la valeur. Nous le fîmes dans un mémoire que nous aimerions reproduire, pour montrer les incroyables méprises qui peuvent fausser une statistique. En définitive, ces dix-huit victimes se réduisaient à neuf, et encore une

analyse précise nous montrait que six de ces neuf cas devaient être récusés pour excès dans la dose d'alcaloïde injecté : elle oscillait entre 400, 150, 100, 60, 40 et 22 centigrammes. Ce qui nous conduisait à cette conclusion que seules étaient justiciables de l'anesthésie localisée, les opérations qui n'exigeaient pas plus de 20 centigrammes d'alcaloïde, maximum qu'on ne doit jamais dépasser.

Or, en ces temps, les chirurgiens recouraient tous à des solutions massives, 20, 15, 10 pour 100. Mais, pour ma part, après avoir débuté par 5, je proposai bientôt 2, puis 1, puis, en définitive, 1/2, chiffre auquel je reste fidèle depuis de longues années. Je démontrais à cette époque comment les deux termes de dose et de solution sont solidaires à ce point qu'on n'a pas le droit de déterminer l'une sans l'autre : il est évident que les dangers d'intoxication sont d'autant moindres que la dose d'alcaloïde est moins élevée; donc, si la solution est à 5 pour 100, chaque seringue de 2 grammes renfermera 10 centigrammes de substance toxique, et dix seringues 100 centigrammes, dose extravagante et qui — la lecture de vieilles observations l'a prouvé — a des chances sérieuses de provoquer la mort. Mais si notre solution est de un demi pour cent, chaque seringue contiendra 1 centigramme et 10 seringues renfermeront 10 centigrammes. dose moyenne, dose innocente, que nous dépassions chaque jour sans accident—et l'on peut en conclure que toutes les fois qu'on abaisse le titre, on écarte les dangers et on s'attribue une masse analgésiante plus considérable, ce qui permet d'étendre le champ opératoire, et de pratiquer des interventions plus complexes.

Bien plus, la clinique me démontra bientôt que, à dose d'alcaloïde égale injectée dans les tissus, les solutions faibles sont moins toxiques que les fortes, et 10 centigrammes de cocaïne contenus dans un seul gramme d'eau ont provoqué des accidents redoutables dans un cas de Verneuil où la mort ne fut conjurée que par deux heures de respiration artificielle, tandis que chaque jour, et plusieurs fois par jour, j'injectais les mêmes 10 centigrammes, mais noyés dans 20 grammes d'eau, impunément et sans troubler l'équilibre physiologique de mes patients. Il en résulte que la dose injectable peut s'élever à mesure que s'abaisse le

titre de la solution. Actuellement, nous faisons même intervenir un autre facteur : nous avons prouvé, mon chef de clinique, M. Piquand, par ses expériences dans notre laboratoire de l'Hôtel-Dieu, et nous, par l'observation rigoureuse de nos opérés, que la lenteur des injections joue un rôle fort important : si on les espace et si on pousse le piston avec moins de rapidité, on peut impunément faire pénétrer dans les tissus une quantité d'alcaloïde, qui, injectée d'un coup, serait gravement nocive.

Si nous avons tant insisté sur cette question de solution et de dose, c'est qu'elle est capitale et que nous devons à l'observation rigoureuse des règles que nous avons tracées, d'avoir pu, pendant les quinze premières années, manier une substance aussi dangereuse que la cocaïne et pratiquer plus de 7000 opérations sans observer, je ne dis pas un seul cas de mort, mais même un accident grave. J'ai ainsi sauvé l'anesthésie locale du naufrage et pu atteindre les temps propices où la chimie nous a fourni les nouvelles substances, aussi analgésiantes et moins dangereuses, qui font de notre méthode française, la méthode de choix, dans plus des deux tiers des opérations de notre chirurgie courante. Un jeune savant, M. E. Fourneau, ouvrit la voie en créant la stovaïne, produit synthétique admirable, car, avec une puissance insensibilisatrice égale à celle de la cocaïne, sa toxicité est au moins deux fois moindre. J'y ai eu recours bien longtemps et grâce à elle j'ai pu, avec mes élèves, mener à bien, dans mes services de Laënnec, puis de la Charité, près de 3000 opérations, souvent plus importantes que celles osées jadis, toujours sans cas de mort bien entendu et même sans les menus incidents de pâleur de la face ou d'excitation cérébrale qui n'étaient pas exceptionnels avec la cocaïne.

Bien que la stovaïne ne nous ait donné que des succès, bien que nous n'ayons jamais atteint, dans nos opérations, les limites des doses maniables, nous avons recours maintenant à la novocaïne, uniquement parce que l'expérimentation chez les animaux semble prouver qu'elle est deux fois moins toxique que la stovaïne et quatre fois moins que la cocaïne. Unie à de faibles doses d'adrénaline, elle constitue un anesthésique vraiment de tout repos, et dont l'efficacité, même au bout

de quatre ans de pratique, ne cesse de m'émerveiller encore. La formule en est des plus simples et mérite d'être retenue : notre solution contient, dans 100 grammes de sérum physiologique, 50 centigrammes de novocaïne et xxv gouttes d'adrénaline au millième. — Elle nous donne une telle sécurité que, grâce à elle, la question de dose ne se pose presque plus ; nos opérations les plus usuelles, cure radicale de hernie, dilatation anale et extirpation des hémorroïdes, fissure à l'anus, hydrocèle et varicocèle, anus artificiel, varices, gastrostomie, amputation des doigts et des orteils, résection costale, panaris, phlegmon, tumeurs cutanées et sous-cutanées, nous les pratiquons sans compter jalousement, comme nous le faisions autrefois pour la cocaïne, car, 20, 25, 30 centigrammes de novocaïne suffisent à ces interventions et, nous et nos chefs de clinique, nous avons pu, dans des cas exceptionnels, dépasser 40 et 50 centigrammes sans observer le moindre trouble physiologique.

Aussi notre confiance est telle que nous ne nous bornons pas toujours aux seules opérations qui *doivent* être pratiquées sous le couvert de l'anesthésie locale, celles dont le champ est relativement restreint, ou dont les limites sont assez précises et les temps assez réglés pour ne pas exposer à des surprises désagréables. Nous recourons encore à elle lorsque le chloroforme est contre-indiqué : chez les cardiaques, chez les phtisiques, chez les dyscrasiques, chez les vieillards, et tout en déclarant que les affections abdominales ne sont pas, en général, de notre domaine, nous avons maintes fois enlevé des appendices, sectionné largement des parois abdominales, enlevé des kystes de l'ovaire, le plus souvent avec une facilité surprenante. Nous avons coupé quelques avant-bras, quelques bras, une jambe, une cuisse, bien maigre je dois le dire, dans un cas de tumeur blanche du genou où nous avions tout lieu de redouter les terribles méfaits de l'anesthésie générale.

C'est même alors que l'anesthésie locale rend les services les plus éclatants, car, sans conteste, elle sauve la vie de malades que les anesthésiques par inhalation auraient tué. J'en ai publié des cas nombreux ; j'en ajoute un inédit. Notre ami, le professeur Bar, avait, il y a quelques semaines, dans son service de la Maternité, une femme rachitique, chez qui il avait pratiqué déjà une opération césarienne :

elle avait couru les plus graves dangers. La malheureuse redevint grosse, et comme les accidents cardio-pulmonaires étaient devenus plus menaçants encore, il me pria d'anesthésier la malade. Je le fis sans difficulté et notre collègue put, avec son habileté coutumière, « tirer » l'enfant, n'observant d'autre douleur chez l'opérée que celle due aux tractions sur l'utérus pour l'attirer au dehors et à la section de quelques adhérences péritonéales, reliquat de la première intervention; notre collègue constata même que, pour la première fois, l'incision de la paroi utérine put se faire sans les éclaboussements des hémorragies coutumières. L'accouchée guérit et sans l'ombre d'une de ces complications cardiaques ou pulmonaires que le chloroforme aurait déclanchées. Depuis, notre collègue de la clinique Tarnier nous a appelé pour une nouvelle « césarienne » et le résultat fut encore excellent.

On peut se demander comment une telle méthode, à la fois efficace et sans danger, n'a pas été adoptée d'enthousiasme par un plus grand nombre d'opérateurs. Autrefois, du temps de la cocaïne où, pour les interventions importantes, il fallait atteindre les dernières limites des doses maniables, les hésitations étaient d'autant plus compréhensibles que des pâleurs de la face n'étaient pas exceptionnelles qui évoquaient chez les néophytes l'image des cas malheureux essuyés par de téméraires expérimentateurs. Mais, la défiance a persisté plus tard, lorsque la méthode fut solidement assise; lorsque, après avoir fixé les doses et le titre des solutions, nous avions déjà montré combien était infidèle l'injection dans le tissu cellulaire et la nécessité d'analgésier, couche par couche, les tissus que traversera l'instrument tranchant, peau, aponévrose, muscle et périoste; déjà nous avions prouvé qu'à cette condition seule, l'insensibilité est parfaite; encore faut-il que l'injection soit continue, « traçante », selon l'expression de Dastre, ce qui a le double avantage d'offrir au bistouri une bande indolore ininterrompue et de s'opposer à la pénétration dans un vaisseau d'une quantité notable d'alcaloïde; nous exigions que l'opéré soit couché pendant l'intervention et ne se relève qu'après avoir mangé ou bu; notre interne en pharmacie d'alors, le Dr Herissey avait signalé que la stérilisation de nos solutions par l'autoclave pouvait s'obtenir sans altérer l'anesthésique

— toutes ces règles tutélaires étaient déjà édictées et la méthode ne recueillait encore l'adhésion que de quelques fervents, mais rares prosélytes.

La véritable cause de cette trop lente conquête tient surtout à ce que la technique ne s'improvise pas : l'initiation demande une étude sérieuse et une pratique assez prolongée. Certes, il est plus difficile d'apprendre à bien administrer le chloroforme, qu'à mener à bien *une* opération à l'analgésie localisée, mais l'anesthésie générale est la même pour toutes les interventions, tandis qu'il faut adapter les règles de notre méthode à chacune de nos opérations particulières; autant d'opérations, autant de tracés différents, car la région diffère. Certes, l'effort intellectuel n'est pas considérable pour mettre d'accord l'analgésie et le procédé opératoire. Mais du moins faut-il le réaliser et beaucoup de nos confrères n'ont pas voulu s'y plier : ils ont recouru à la méthode sans l'apprendre, ils ont fait souffrir le patient, parfois même ils ont provoqué des accidents, nous créant ainsi d'un seul coup deux catégories d'adversaires irréconciliables : les médecins qui ont fait souffrir, et les malades qui ont souffert.

Mais une ère nouvelle s'ouvre incontestablement : d'abord, les physiologistes et les médecins ont démontré, dans une série de travaux indiscutés, les multiples dangers inhérents à l'emploi du chloroforme. Nous connaissions le choc pulmonaire, les broncho-pneumonies consécutives surtout à l'emploi de l'éther, les vomissements, les embarras gastriques qui frappent près de la moitié des malades, cette sorte de détresse morale que, pendant deux ou trois jours, la narcose provoque chez un très grand nombre; nous n'avions hélas! rien à apprendre sur ces catastrophes subites, ces morts immédiates, d'autant plus effrayantes que presque toujours elles restent inexplicables et ne nous sont d'aucun enseignement pour l'avenir. Mais voici qu'on constate, avec effroi, que d'autres dangers nous guettent, qui pour être moins dramatiques sont fort graves : les viscères les plus importants, le foie, les reins peuvent être « bloqués », leur fonction est diminuée, suspendue; on sait aussi que l'activité phagocytaire des globules blancs se décourage : les septicémies en sont favorisées, et n'oublions pas que ces désordres tardifs ont trop souvent la mort pour conséquence.

Or, en même temps que l'anesthésie par inhalation apparaît de plus en plus comme une entreprise sérieuse, l'anesthésie localisée, dotée par la chimie de substances quatre fois moins toxiques, devient d'un emploi puissant et innocent. Aussi des adeptes se sont formés ; nous avons depuis trois ans inauguré, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, les leçons du lundi où l'on répète, sous les yeux des élèves, les opérations qui *doivent* être pratiquées par notre méthode, et cet enseignement, auquel viennent puiser de nombreux collègues français et étrangers, n'est pas stérile, puisque nombre de nos auditeurs qui, par crainte du chloroforme, n'avaient pu se résoudre à des opérations nécessaires, viennent maintenant la réclamer sous le couvert de l'anesthésie localisée : ils deviennent des partisans résolus et leur apostolat n'est plus sans écho.

CHIRURGIE CONSERVATRICE

Nous avouerons sans fausse honte qu'elle n'est plus guère en honneur et que l'émulation a été médiocre pour en relever le drapeau lorsque mourut notre maître Verneuil. Depuis l'ère antiseptique, le « trou à la peau, porte ouverte à tous les maux » est devenu infiniment moins redoutable, le chirurgien guérit à peu près régulièrement les plaies qu'il crée lui-même et si le succès thérapeutique peut laisser quelquefois à désirer, du moins le succès opératoire est le plus souvent parfait. Cette sécurité si appréciable n'a malheureusement pas que des avantages ; on oublie un peu ce que disaient nos prédécesseurs, qu' « il est plus glorieux de sauver difficilement un membre que de l'amputer brillamment » et on ne pense plus que « la prise du bistouri est trop souvent un aveu d'impuissance ». Nous professons, pour notre part, qu'il y a abus flagrant des interventions sanglantes : en modérer l'emploi a été un des efforts de notre activité professionnelle.

On connaît ces graves *écrasements de membres* que provoquent les grands traumatismes, tamponnement de wagons, chute d'un tonneau sur les bras ou les jambes, broiement dans les engrenages, éboulement dans les carrières? Faut-il amputer immédiatement ainsi que le pratiquaient

naguère tous les chirurgiens et que beaucoup trop le pratiquent encore?... Depuis près de vingt ans je réponds hardiment non! et « proposition révolutionnaire à force d'être conservatrice » je préconise l'abstention systématique.

Nous n'ignorons pas les raisons invoquées par les interventionnistes : l'organe broyé, disent-ils, n'est plus qu'une bouillie sanglante; la charpente osseuse est menuisée en un nombre considérable d'esquilles; les muscles sont aussi diffluents que la pulpe de la rate, et leur masse lie de vin est striée par des bouts de tendons effilochés, les nerfs rompus, les vaisseaux déchirés; quelques artères donnent encore, tandis que d'autres, oblitérées par le rebroussement de la tunique moyenne et l'étirement de la tunique externe, saillent à chaque systole cardiaque; de la peau il ne reste que des lambeaux meurtris violacés et froids. Tous ces tissus ne sont-ils pas d'autant plus voués à la mort qu'ils sont souillés par les germes les plus pathogènes : staphylocoques, streptocoques, bacilles du tétanos? la gangrène et les septicémies sont imminentes qui vont non seulement détruire ce qui pourrait rester du membre, mais mettre en péril l'organisme entier. On ne perd donc rien à l'intervention et l'on y gagne d'écarter les infections en substituant une plaie opératoire aseptique au foyer traumatique déjà virulent.

Je m'inscris en faux contre ces assertions d'apparence si logique. Je réclame l'abstention, l'abstention systématique parce que ces « fracassés » sont en état de choc, pâles, couverts de sueur froide, plongés dans une sorte de stupeur dont on ne les retire qu'avec peine et où ils retombent aussitôt; le pouls est petit et lent, la température basse, la respiration anxieuse, et rien n'est plus redoutable qu'une intervention chirurgicale sur un pareil organisme. Or, à ce choc, vous allez en ajouter de nouveaux : un choc chloroformique dont les dangers ordinaires sont alors plus que décuplés, un choc opératoire, terrible dans l'espèce puisqu'il ne s'agit de rien moins que d'une amputation ou d'une désarticulation de l'avant-bras, du bras, de l'épaule, de la jambe, de la cuisse ou même de la hanche; vous coupez de gros nerfs, vous ouvrez de nombreux vaisseaux, une hémorragie est à craindre, et votre blessé, déjà transi, est à la merci de la moindre perte de sang. Ce n'est point là une vue de l'esprit : un

tableau dressé par Oberst dans le service de Volkmann accuse, en pleine période antiseptique, cinq morts sur quinze amputations traumatiques : tandis qu'on n'en trouve que le même nombre, cinq, sur soixante-dix-huit pour causes ressortissant à la pathologie.

Une seconde raison, non moins puissante, se tire de la constitution même du foyer traumatique : les ruptures musculaires et tendineuses, les éclats osseux, les déchirures des veines ou des artères, les meurtrissures de la peau rayonnent souvent à de grandes distances, et, dans le premier moment de stupeur locale et générale, il est impossible de déterminer, parmi ces tissus contus, ceux qui vivent et ceux qui vont mourir. Or, l'intervention n'est bonne, que si l'on peut créer un moignon utile, solide, indolore et, pour en trouver l'étoffe, il faudra remonter très haut, plus haut que le sphacèle probable : comme l'opération a surtout pour but de détruire les foyers inoculés, on doit donc les enlever tous et porter le bistouri en organe sain. De là ces sacrifices énormes, ces amputations de bras et de cuisses pour des traumatismes de l'avant-bras et de la jambe, ces désarticulations de l'épaule et de la hanche pour des écrasements du bras et de la cuisse. Tandis que — et ceci est un point capital — la nature est plus avare que nous : elle sait conserver des tissus que le couteau devra sacrifier et, grâce à l'abstention systématique, nous sauvons des membres que les chirurgiens considéraient comme déjà perdus sans retour.

Les bénéfices de l'abstention systématique sont donc indiscutables. Mais peut-on l'adopter sans péril et avons-nous un moyen de conjurer les infections? Oui, disions-nous déjà, il y a 15 ans, grâce aux armes qu'à cette époque, l'antisepsie avait déjà mise dans nos mains et voici la pratique, bien simplifiée actuellement, que nous proposions alors : le blessé, en état de choc, est couché sur le lit d'opération, entouré d'alèzes chaudes ; si la perte de sang a été appréciable, on injecte, sous la peau, quelques centigrammes de caféine, d'éther, ou d'huile camphrée; le foyer traumatique est seul à découvert, sous nos yeux, entouré de toiles imperméables. Nous commençons nos lavages avec un injecteur ou un siphon rempli d'eau à la température de 55 à 60 degrés et soumise à une pression assez énergique pour fouiller les moindres

interstices de la plaie, les anfractuosités les plus profondes dont elle chasse les caillots sanguins et les corps étrangers; à cette température d'ailleurs, l'eau a le triple avantage d'être hémostatique, antiseptique et de combattre le refroidissement. Puis, lorsque la plaie est partout désinfectée, on procède à une sorte d' « embaumement » que nous ne décrirons point parce que, s'il a pu rendre de magnifiques services en son temps, à l'heure actuelle nous avons un moyen plus rapide et plus efficace d'aseptiser le foyer traumatique : le simple badigeonnage à la teinture d'iode de toute la surface cruentée et de tous les espaces morts que, au préalable, on aura régularisés.

Les résultats obtenus par cette pratique sont excellents; des membres, qui semblaient condamnés, ont été conservés avec leurs fonctions presque intactes. Nous ne saurions, dans cet aperçu, donner même un bref résumé de nos observations, mais depuis la publication de notre premier Mémoire, nous avons obtenu des succès qui, avec les progrès de l'antisepsie, deviennent tous les jours plus nombreux et plus beaux. En 1894, nous vîmes mourir, à la fin de la troisième semaine, et lorsque nous escomptions déjà une belle guérison, un de nos blessés les plus graves et dont le membre supérieur, main, avant-bras et bras, avait les os rompus et les tissus mous écrasés : il fut emporté par un tétanos suraigu. Maintenant une pareille catastrophe est conjurée par les injections du sérum immunisant de l'Institut Pasteur. — Dès son apparition notre doctrine a conquis de nombreux adeptes parmi nos collègues les plus qualifiés, et à l'un de nos derniers Congrès de chirurgie où cette question fut mise à l'ordre du jour, notre pratique a eu pour la défendre au moins son savant rapporteur; enfin, dans une série de cliniques publiées dans ces derniers mois, le professeur Bérard, de Lyon, montrait les services que l'abstention systématique pouvait rendre.

En 1893, lors de nos premières observations, la méthode fut dite nouvelle, mais elle était tout au plus renouvelée. En tout cas elle fut pratiquée par la presque totalité des chirurgiens du Moyen Age. Nous nous imaginons volontiers que l'amputation date du siège de Troie; or, on n'y recourait guère avant le XVIe siècle. Les chirurgiens n'osaient porter

le fer dans les ehairs vives « de peur de causer une défaillance mortelle ». A peine, au niveau d'une jointure, retranehait-on le membre sphacélé, mort par conséquent et dont les vaisseaux ne contenaient plus de sang. « On l'enveloppait alors des mêmes substanees qui servaient à l'embaumement des eorps et on en abandonnait l'ablation au seul proeédé de la nature. » Il fallut la déeouverte d'Ambroise Paré, qui étreignait d'un fil les artères coupées dans une amputation, pour que l'intervention en tissu sain pût se vulgariser. Mais, en même temps que l'exérèse des membres s'affirmait possible, l'infection purulente devenait le fléau qui s'opposera bientôt à toute chirurgie aetive. Aussi Bilguer, en 1761, effrayé de la mortalité qui sévissait sur les opérés, conseilla-t-il de s'abstenir de toute intervention : il se contentait de panser la plaie avee de la charpie imbibée d'essence de myrrhe ou d'alcool. Mais il n'eut guère d'imitateurs, pas plus que Léveillé, Alquier de Montpellier, et le chirurgien belge Seutin.... Et voilà eomment nous avons dû, en 1893, prêcher à nouveau l'abstention systématique dans les graves écrasements des membres.

Ce n'est pas au centaure Chiron qu'il nous faudrait remonter pour le premier emploi de l'*eau chaude* comme moyen thérapeutique mais sans doute à l'inventeur du feu lui-même : de tout temps elle a joué un grand rôle dans la chirurgie familiale et les compresses humides à des températures plus ou moins élevées sont d'usage courant dans tous les milieux sociaux. Cependant nous sommes peut-être le premier qui en ayons systématisé l'usage. Depuis 1880, nous en vantons les rares mérites et nous n'énumérerons pas ici les serviees qu'elle nous rend dans nombre d'affections traumatiques, inflammatoires ou ulcéreuses. Mais nous ne saurions passer sous silence notre traitement des eongestions et des inflammations du petit bassin, de toutes les variétés de péri-métro-salpingite.

Ou se rappelle l'épidémie d'opérations qui sévissait, il y a quinze ans : dans tout groupe de jeunes femmes, une ou plusieurs avaient été privées de leurs trompes et de leurs ovaires, à ce point que le roman eontemporain put exploiter ce péril social. Aetuellement, les interven-

tions sont beaucoup moins nombreuses et ne dépassent pas, croyons-nous, les nécessités d'un traitement légitime. Mais nous fûmes de la petite phalange des premiers protestataires, non seulement parce que l'opération offrait et offre encore une mortalité certaine, non seulement parce qu'elle enlevait toute espérance de maternité, non seulement parce que les organes génitaux sont des organes pondérateurs, souvent indispensables à l'équilibre mental, mais aussi parce que, avec un peu de patience, une thérapeutique appropriée peut faire disparaître le mal, sans recourir à de redoutables mutilations. Or, l'eau chaude est, avec le repos au lit, le facteur le plus important de la guérison.

Au début nous prescrivions les injections vaginales d'eau à 50, 55 degrés : c'est très chaud, mais très supportable avec de la bonne volonté et surtout lorsqu'on prend certaines précautions pour protéger la vulve et le périnée dont les muqueuses souffrent seules de ces hautes températures, les muqueuses du vagin et du col de l'utérus les tolérant très bien. Nous avions même imaginé un appareil simple pour les irrigations prolongées : un opercule en caoutchouc, mauvais conducteur de la chaleur, était fabriqué, de forme et de dimension nécessaires pour oblitérer la vulve; il était traversé par deux tubulures; l'une communiquait avec un récipient supérieur, maintenu au-dessus du lit où reposait la malade et dont le liquide, à la température voulue, pénétrait dans le vagin et s'écoulait par la seconde tubulure munie elle-même d'un tuyau qui recevait l'eau de décharge. En renouvelant la provision du récipient supérieur, l'irrigation pouvait se continuer des heures sans fatiguer la patiente lisant, reposant ou dormant dans son lit.

Depuis, cet appareil un peu rustique a été heureusement modifié et l'on a même imaginé un récipient supérieur où l'eau conserve la température initiale, sans se refroidir. Mais, tout en proclamant leur ingéniosité, nous n'y avons pas recours, car depuis de nombreuses années, nous avons substitué les lavements aux irrigations vaginales, celles-ci nous paraissant « une erreur anatomique » : de l'appareil génital interne, l'eau chaude n'atteint, par cette voie, que le col de l'utérus, qu'il ne faut certes pas négliger, mais qui a infiniment moins d'importance que la matrice et surtout que ses annexes : ovaires, trompes, cordons vas-

culo-nerveux. Pour influencer ceux-ci, l'eau chaude doit aborder le petit bassin par l'anus; elle distend l'ampoule rectale, elle s'y accumule et se trouve en rapports étroits avec le foyer de la péri-métro-salpingite dont ou poursuit la résolution. Bien entendu, les injections vaginales ne seront pas supprimées, mais elles passeront au second rang, et tandis qu'on répétera les lavements deux fois, quelquefois trois fois par jour, une seule injection vaginale suffira. Un sac de caoutchouc rempli d'eau chaude sur le ventre, quelque purgatif léger tous les quatre ou cinq jours, et surtout le repos, le repos au lit, compléteront le traitement.

L'efficacité de ce traitement est telle que, depuis plusieurs années, nous n'avons pas eu à conseiller une seule fois l'intervention sanglante chez les malades qui ont voulu se plier à ces exigences et nous affirmons que *toujours*, si ce mot peut être prononcé en clinique, les inflammations annexielles, qu'elles soient d'origine puerpérale ou gonococcique, guérissent, pourvu qu'elles soient prises à temps. Nous avons réussi souvent, lorsque quelques-uns de nos collègues, les plus compétents et les plus consciencieux, réclamaient la castration : il serait plus sage, disaient-ils, d'enlever au plus vite le foyer enflammé. Mais nous résistions, grâce à la complicité des patientes qu'effrayait une opération ou chez qui était vif le désir d'avoir des enfants. Elles ont guéri et quelques-unes d'entre elles ont pu mener à bien la grossesse convoitée. L'eau chaude, en pareil cas, fut donc doublement conservatrice.

La *teinture d'iode* mérite une place d'honneur dans les fastes de la chirurgie conservatrice. Nous n'ignorons pas que son emploi chirurgical date au moins de 1834, qu'en 1855, Boinet publiait son *Traité d'Iodothérapie* où les propriétés antiseptiques de la substance étaient largement vantées, que vers 1875, Davaine la déclarait soixante-quinze fois plus active que l'acide phénique pour combattre les infections charbonneuses. Mais, malgré ces hauts patronages, elle était loin d'occuper la place qu'elle mérite, lorsqu'en 1908 Grossich, de Fiume, démontra que, pour obtenir la désinfection du champ opératoire, un badigeonnage de teinture d'iode l'emporte sur toutes les autres méthodes. L'année suivante, Walther nous signalait cette conquête et l'appuyait d'expériences où il prouvait

la rapidité avec laquelle la peau est stérilisée de son épiderme jusque dans ses couches les plus profondes. C'est donc à ce collègue que nous devons notre initiation et si nous réclamions une part dans le triomphe de cet antiseptique, ce ne pourrait être que pour l'ardeur de nos convictions et la ferveur de notre apostolat.

Cependant, peut-être avons-nous été le premier à réclamer, pour la teinture d'iode, le rôle d'antiseptique de choix. Dans nos leçons à l'Hôtel-Dieu, nos conférences, nos communications à l'Académie et nos articles de journaux, nous avons immédiatement étendu son domaine; nous l'avons d'abord proclamée, avec la plupart de nos collègues, le purificateur unique du champ opératoire : puis, aussitôt, nous avons montré, par de nombreuses observations, ses merveilleuses propriétés dans le traitement de toutes les plaies, mais surtout de celles, si fréquentes, qui atteignent les mains des travailleurs souillées de terre et couvertes d'épaisses couches épidermiques où végètent d'innombrables germes pathogènes. Un simple badigeonnage à la teinture d'iode — sans lavage préalable, et souvent même lorsque l'infection a déjà commencé son œuvre — amène la guérison dans des conditions que nous ne connaissions pas encore; au lieu de ces ankyloses articulaires, de ces raideurs tendineuses, de ces atrophies des muscles, de ces mains « en battoir », épaisses et gourdes, les doigts restent souples et leurs fonctions sont intactes; on ne parle plus de semaines ou de mois de chômage, et dès les premiers jours de la cicatrisation, l'ouvrier peut regagner l'atelier.

Résultats peut-être meilleurs encore dans le traitement des phlegmons diffus. On disait cette redoutable affection disparue depuis l'antisepsie. Oui, à l'hôpital, lorsqu'il s'agit de plaies opératoires; mais trop souvent, au dehors, les plaies mal soignées, les piqûres, les coupures, s'infectent, et en moins de trois mois, nous avons observé à l'Hôtel-Dieu, onze phlegmons diffus venus de l'extérieur. Le traitement que nous avons institué : ponctions au thermocautère dans tout le segment phlegmasié, teinture d'iode dans chacun des points ainsi creusés par le platine rougi, amène, dès le lendemain, un arrêt du mal : la température, à trente-neuf ou quarante, redevient normale, l'œdème tombe, et, vers le quatrième ou

le cinquième jour, la suppuration commence à se tarir; en trois ou quatre semaines, des inflammations à multiples fusées, sont cicatrisées; même le membre, comme dans les cas de plaies de la main cités plus haut, a repris sa force et sa souplesse.

Voici plus de vingt ans que nous nous élevons contre l'*extraction des balles de revolver* perdues en plein os ou en pleine chair. Avant l'antisepsie, non-intervention ou intervention était tout simplement une question de vie ou de mort, car on ne comptait pas les phlegmons diffus, les érysipèles et les infections purulentes qui éclataient à la suite des sondages pour déceler le projectile et des incisions pour l'extirper. Nous avions pu même, à l'époque, dresser une statistique pour démontrer « qu'une plaie par balle de revolver était d'autant plus grave qu'elle l'était moins ». Cette formule sybilline signifiait que, lorsque les projectiles avaient pénétré dans le crâne, dans le thorax, dans le ventre, les chirurgiens s'abstenaient de folle tentative; ils n'osaient pas fouiller, de leurs instruments agressifs, les tissus délicats du cerveau, du poumon et du cœur, des intestins et du foie et le blessé pouvait survivre; n'avons-nous pas connu Rochard, et le professeur Gubler parmi ceux-là? Tandis que lorsque la blessure n'avait atteint que les membres, on la poursuivait, irritant les nerfs, ouvrant les vaisseaux, déchirant les muscles, inoculant les tissus jusqu'à ce que mort s'en suive. Ne se rappelle-t-on pas ce président d'une République d'outre-océan qui fut frappé d'une balle de revolver? Il résista à cinq tentatives d'extraction, mais, au bout de plusieurs mois, il succomba à la sixième.

Un instant nous avons pu croire que l'antisepsie et les rayons X ôteraient beaucoup d'intérêt à ce problème : oui, mais moins que nous ne le pensions, et l'expérience nous a maintes fois prouvé que, pour les projectiles de petit calibre en particulier, pour les éclats métalliques, pour les aiguilles, les recherches sont souvent infiniment longues et délicates, malgré les radiographies de face et de profil, dont nous devons le plus souvent nous contenter : on incise, on incise encore, et sans rien trouver, du sang coule qui voile le champ opératoire, l'opérateur s'énerve, il commet des fautes d'asepsie et des phlegmons éclatent, qui

ont pour cause ces recherches infructueuses. Nous savons aussi qu'il est des opérations menées sous le contrôle incessant de la radioscopie et où les séances trop prolongées ont eu pour conséquences des gangrènes étendues.

Aussi, tout en reconnaissant que ces explorations et que ces opérations sont moins graves et difficiles qu'autrefois, conseillons-nous encore l'abstention lorsque le corps étranger, et c'est le cas le plus fréquent, ne gêne pas par sa présence; quand il a pénétré dans le tissu cellulaire, les muscles, les os et qu'il s'y enkyste. S'il y a lieu, le chirurgien devra réparer les désordres provoqués par le passage du projectile, section d'un tendon, ouverture d'un gros vaisseau, rupture d'un nerf, mais ne point rechercher le morceau de métal s'il échappe à sa vue, et s'il n'est pas sous la prise directe de ses instruments. Que penserait-on de celui qui, ouvrant un ventre pour suturer un intestin troué par un projectile, prolongerait et compliquerait cette redoutable intervention pour extraire le corps étranger perdu, on ne sait où? L'asepsie et Rœntgen n'ont donc pas modifié notre pratique, malgré les supplications des blessés et des familles qui croient la vie menacée « tant que la balle n'est pas extraite ».

L'intervention chirurgicale, disons-nous plus haut, est légitimée souvent, non pour extraire le projectile, mais pour *réparer certaines lésions provoquées par son passage*, déchirure d'un gros tronc nerveux, section d'un tendon, ouverture d'une artère — ou pour oblitérer un réservoir naturel, une anse intestinale perforée. Un temps, nous avons poussé plus loin les limites de la conservation et prêché l'abstention à peu près systématique dans les plaies pénétrantes de l'abdomen avec perforations certaines ou probables des viscères. Nous prouvions, d'abord, qu'il est faux d'affirmer que « la mort est toujours fatale » dans les perforations traumatiques de l'intestin. Les guérisons ne sont pas rares, même lorsqu'un signe non équivoque a permis d'établir le diagnostic de plaies viscérales; nous en avions déjà relevé 27 dans les recueils scientifiques. Des expériences de notre élève Noguès et de celles d'Estor, de Montpellier, il ressortait que sur

6 chiens blessés par une balle de revolver, 3 survivent à l'ouverture de l'intestin grêle et nous avions étudié le mécanisme de ces guérisons : la rétraction inégale des diverses tuniques de l'intestin détruit le parallélisme des lèvres de la plaie et oblitère l'orifice; ou bien la muqueuse s'exprime au travers des autres couches et ferme la plaie en s'épanouissant sur la séreuse; ou l'épiploon entoure l'anse blessée et aveugle le trou anormal; ou une anse voisine, un repli du mésentère, le péritoine pariétal s'accole à la solution de continuité et ces adhérences assurent la guérison.

Avec notre collaborateur Noguès nous avions relevé 88 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen traitées par l'abstention et qui nous donnait 66 guérisons pour 22 morts; la statistique de Stimson accusait des résultats qui, pour être très inférieurs aux nôtres, n'en était pas moins intéressants : 37 cas avec 20 morts et 17 guérisons, d'autant que les relevés de Norton, de Coley et de Noguès accusaient 60, 63 et 67 pour 100 de mortalité dans les cas traités par la laparotomie. Mais nous savions trop combien ces compilations de cas, puisés à toutes les sources, et dont l'authenticité est souvent douteuse, présentent de causes d'erreurs pour oser nous appuyer exclusivement sur elles. Aussi nous insistions sur ce fait que, à cette époque, l'antisepsie était loin d'assurer une sécurité suffisante pour permettre de pratiquer ces laparotomies si particulièrement délicates. Combien de salles d'opérations possédions-nous alors, assez modernes pour manipuler, souvent pendant plus d'une heure, des anses intestinales éviscérées? En tout cas il ne fallait pas songer à de telles interventions hors des services de certains hôpitaux. La chirurgie rurale ne pourrait de longtemps les aborder et, l'on se demande si la chirurgie d'armée pourra jamais y recourir.

Aujourd'hui, le problème s'est modifié; les centres populeux où les perforations intestinales par balles de revolver sont le plus fréquentes ont tous des salles aseptiques, des aides expérimentés, des opérateurs habiles rompus à toutes les délicatesses des sutures intestinales et nous accepterions volontiers que l'intervention, surtout hâtive, tue moins de blessés que l'abstention systématique n'en laisserait mourir. Mais dans nos hameaux, à la guerre, nos vieilles conclusions d'antan ne sont pas

périmées ainsi que le démontrent les résultats de la guerre russo-japonaise : la laparotomie y fut si désastreuse que actuellement nos collègues de l'armée sont unanimes à proscrire l'intervention et à la suite de Wreden, de Manteuffel, de Sonnenblick, de Follenfant, de Ferraton, de Jean Doche, ils déclarent; avec Haga, le japonais, médecin en chef de l'armée de Mandchourie, « qu'il ne faut pas toucher au ventre et que le repos et l'opium assurent plus de guérisons que le couteau ». Eux aussi d'ailleurs auraient enregistré les succès que proclamaient nos anciennes statistiques : l'abstention aurait donné à William Dick, 32 pour 100 de guérisons dans la guerre sud-africaine, à Treves 40 et à Herz 60 à 80 pour 100. Certes nous sommes loin de garantir l'authenticité de ces derniers chiffres, mais ils sont faits pour réconforter ceux que des circonstances de fait condamnent à l'inaction.

Nous rangerons, un peu arbitrairement sans doute, dans nos contributions à la chirurgie conservatrice, la *maladie kystique de la mamelle*, désignée souvent dans les nosographies, sous le nom de *maladie de Reclus*, car, le premier, nous l'avons dégagée des autres affections de la glande mammaire. Elle était confondue avec les cancers et, c'est comme tumeur maligne qu'elle était extirpée. Après de longues hésitations, et malgré les avis formels des histologistes, nous avons pu, au nom de la clinique, la ranger parmi les formations bénignes et sauver ainsi un nombre considérable de poitrines qui jusque-là étaient impitoyablement mutilées.

En 1878, mon maître, Paul Broca, enlève à une malade un cancer de la mamelle siégeant à la partie inférieure de la glande; il l'extirpe, me confie la pièce et je trouve, au lieu d'un squirrhe, un kyste à contenu séreux, à membrane d'enveloppe lisse, et, tout autour, une multitude de kystes secondaires, gros tout au plus comme un grain de chènevis; nulle part de tumeur au sens propre du mot. Cet examen ébranla un peu chez Broca le diagnostic de tumeur maligne; mais, lorsque six mois plus tard, je lui signalais, dans le segment supérieur de la glande non amputée, l'apparition d'un nouveau noyau dur, il revint à son opinion primitive. Il amputa ce qui restait de la mamelle et

nous y constations un kyste volumineux semblable au précédent et comme lui entouré d'une foule de petits kystes qui auraient difficilement logé une tête d'épingle.

Deux ans plus tard, la glande du côté opposé se prend : tumeur d'une dureté ligneuse, surface hérissée de petites nodosités, aspect identique à celui que nous avions observé sur la première mamelle. Broca était mort, je soumets la malade à Verneuil qui, sans hésitation, conclut à un cancer et conseille l'extirpation. La pièce, comme la précédente, fut confiée à Brissaud et à Malassez qui, d'un commun accord, dénomment le néoplasme : épithélioma kystique. En présence de ce verdict de la clinique et de l'histologie, nous ne pouvions courir le risque de laisser évoluer ces tumeurs si nettement qualifiées de malignes et, pendant plusieurs années, nous avons enlevé, comme le faisaient tous nos confrères, nos « maladies kystiques » caractérisées par d'innombrables cavités séreuses éparses non seulement dans une glande, mais dans les deux : le plus souvent existe une collection prépondérante, aussi dure que le squirrhe le plus authentique ; la ponction aspiratrice seule, peut déceler la présence du liquide. Aussi cette ponction est-elle indispensable pour établir le diagnostic.

Mais nos interventions s'accumulaient et chez aucune de nos opérées ne survenait de récidive ; de plus, Maunoury, de Chartres, m'envoyait une malade dont le vieux professeur Roux, de Paris, avait, trente ans auparavant, amputé une mamelle pour un cancer du sein, et la glande respectée était farcie de kystes certainement contemporain de la première exérèse. Or, à ce moment Pierre Delbet d'un côté, Quénu d'un autre, concluaient de leur examen histologique que les productions trouvées dans ces mamelles peuvent bien être, non des tumeurs malignes, mais des productions inflammatoires chroniques ; il s'agirait non d'épithéliomas mais de mammites et la clinique et le microscope se mettraient ainsi d'accord pour faire, de notre maladie, une affection bénigne qui ne nécessiterait plus une mutilation d'autant plus terrible que souvent les tumeurs apparaissent chez des femmes jeunes, au plein de la vie génitale. Toute hésitation fut désormais bannie et à partir de cette époque, j'ai proscrit l'amputation partielle

ou totale de l'une, ou des deux mamelles atteintes de maladie kystique.

En France du moins, nos collègues les plus qualifiés ont accepté ces conclusions. Mais il est beaucoup de médecins « qui ne savent pas » et nous ne comptons plus les cas où nous avons sauvé de l'amputation un sein déjà condamné. En Amérique, aux États-Unis, où, cependant la chirurgie possède de grands maîtres, la maladie kystique est encore confondue, croyons-nous, avec les tumeurs malignes et nous nous expliquerions ainsi les statistiques trop belles qu'ils publient : tandis que, chez nous, les relevés les plus heureux donnent un pourcentage de guérisons qui oscille entre 25 et 35 pour 100, en Amérique, on parle couramment de 50, 60 et même 70 pour 100. Mais il ressort d'une discussion récente d'une de leurs sociétés les plus savantes qu'on n'y connaît guère notre maladie : la tumeur fut extirpée, nous dit-on, l'examen fut pratiqué et l'on trouva du tissu épithélial. Cela ne nous suffit pas car, sans parler de la mammite chronique, n'oublions pas que les kystes ovariens sont des épithéliomas kystiques et doivent être rangés cependant parmi les tumeurs bénignes.

Lorsque la maladie kystique se présente avec tous ses caractères, la surface grenue des deux mamelles, avec une ou plusieurs tumeurs du volume d'une noisette ou d'une noix, le diagnostic s'impose ; mais il est des cas, peut-être les plus fréquents, où le problème est plus délicat : le tissu glandulaire, doublé d'une couche adipeuse assez épaisse, ne montre plus ses irrégularités, on ne trouve qu'une tumeur unique, enchâssée dans la glande avec laquelle elle fait corps, et comme elle est souvent peu saillante, irrégulière et d'une dureté de pierre, on pense d'autant plus à un cancer qu'il est fréquent de constater la présence de ganglions dans l'aisselle ; aussi, pour peu que le bout du sein soit mal formé, le diagnostic de tumeur maligne est affirmé carrément. Or, il s'agit souvent d'un *kyste cliniquement unique*, sur lequel j'appelle l'attention des cliniciens. Par une ponction aspiratrice pratiquée au plein de la tumeur, on retirera un liquide séreux grisâtre, citrin, verdâtre ou noirâtre, et si la nodosité s'efface et disparaît complètement, on doit être tranquille : il s'agit d'une maladie kystique fruste et son pronostic reste

bénin, tout comme celui de la maladie kystique aux caractères bien frappés.

Ici la résistance de quelques-uns de nos collègues subsiste encore : j'en sais des meilleurs qui hésitent et se demandent si l'intervention n'est pas indiquée. Certes, nous ne saurions trop approuver les multiples investigations et les surveillances rigoureuses, car l'ablation rapide du cancer est la condition essentielle du succès thérapeutique; mais vraiment la ponction aspiratrice donne toute certitude, pourvu toutefois que, après l'évacuation du liquide, il ne reste plus trace de la tumeur : si quelque contour induré persiste, on peut craindre l'existence de tissu néoplasique, et une incision, suffisante pour permettre une biopsie immédiate, devra être pratiquée. En tout cas, nous affirmons que depuis trente-quatre ans que nous étudions la maladie kystique et les kystes cliniquement uniques, nous ne connaissons qu'un seul cas où, après douze ans d'observation, nous avons assisté au développement d'un cancer. Si le paradoxe était autorisé en aussi grave matière, on pourrait hasarder que loin de prédisposer à l'apparition des tumeurs malignes, notre maladie en préserverait plutôt. — Mais un fait demeure, c'est qu'avoir dégagé cette affection du groupe des cancers, est d'un grand profit pour la chirurgie conservatrice.

AUTRES TRAVAUX ORIGINAUX

Notre troisième chapitre, qui traite de travaux inspirés au hasard de l'observation clinique, de 1876 à aujourd'hui, comprend aussi des questions dont nous avons longuement poursuivi l'étude. C'est ainsi que, pendant nos cinq années d'internat, nous avons amassé des matériaux pour notre mémoire « de médaille d'or » sur le *tubercule du testicule* et *l'orchite tuberculeuse*, et, depuis, il ne s'est jamais passé d'année où nous ne nous soyons occupé des affections de la glande spermatique. Nous avons multiplié les mémoires sur ce sujet et passé de la tuberculose à l'*orchite chronique*, à la *syphilis*, à l'*hématocèle*, à l'*hydrocèle*, au *varicocèle*, au *fongus*, aux *kystes spermatiques*, aux *tératomes*. Un instant nous voulions même rassembler ces articles en volume pour remplacer le

Traité anglais de Curling, à cette époque encore classique parmi nous.

Notre thèse est un des tout premiers travaux où l'on soit revenu à la doctrine des « *tuberculoses locales* », naguère si nettement établies par Cruveilhier, mais niée depuis la vulgarisation de la fameuse « loi de Louis ». D'après trente autopsies d'individus morts avec des tubercules de la glande spermatique, nous trouvons que vingt fois la tuberculose génitale coexistait avec la tuberculose pulmonaire, mais que dix fois la tuberculose génitale était seule observée. Ces recherches démontraient en outre que la théorie « dualiste » sur l'origine du tubercule, déjà ruinée par Grancher et par Charcot pour le poumon, était aussi inacceptable pour le testicule. « Dans le testicule, avait dit Rindfleisch et Virchow, la granulation grise ne se rencontre jamais », proposition que défendirent, en France, Richet et ses élèves ; il fallait donc des autopsies nouvelles et des examens microscopiques précis pour « inventer à nouveau la vieille granulation grise du testicule » !

Un chapitre préliminaire traite de l'*orchite chronique* dans ses rapports avec le tubercule : le mot orchite chronique n'avait aucune valeur précise, et cette étiquette recouvrait presque toujours un testicule tuberculeux ou syphilitique. Pour mettre un peu de clarté dans la question, nous dûmes montrer que les inflammations aiguës ne laissent jamais dans la glande des « exsudats » jaunes ou gris. Ces exsudats, lorsqu'ils existent, sont des amas caséeux, syphilitiques ou bacillaires qui rendent les testicules « plus gros » ; tandis que les glandes chroniquement enflammées finissent par l'atrophie. Le diagnostic « orchite chronique », très souvent porté avant 1877, n'est plus admis et cette affection longuement décrite dans les thèses, mémoires et traités, n'a plus de place dans les monographies.

La seule difficulté réside dans la détermination originelle de certains noyaux durs que l'on trouve parfois à la queue de l'épididyme. Sont-ils dus à une infiltration tuberculeuse ou sont-ils le reliquat d'une épididymite causée par une inflammation du canal? Nous avons établi que « cette induration » diffère de celle du tubercule en ce qu'elle présente une sorte de rénitence et d'élasticité qui lui sont particulières ; surtout on peut suivre nettement les contours de l'anse formée par la réflexion

de la queue de l'épididyme ; on sent la dépression que cette anse circonscrit. Or, comme rien de semblable ne s'observe ni à l'état sain, car les deux chefs de l'anse sont accolés l'un à l'autre, ni dans la tuberculose, car celle-ci englobe, dans une masse bosselée, les flexuosités de la queue de l'épididyme, ce signe — vérifié par un grand nombre d'autopsies et de dissections — acquiert une véritable importance.

Nous n'insisterons pas sur l'anatomie pathologique, nouvelle à l'époque, mais qui se retrouve actuellement dans les moindres manuels et même accompagnée des figures originales de notre thèse ; nous rappelons seulement que dans la partie clinique de notre monographie, nous avons étudié, sous le nom d'*orchite tuberculeuse*, une forme que Simon Duplay avait déjà vue, mais dont on ne trouvait plus aucune trace dans les écrits postérieurs. Cette « tuberculisation galopante » du testicule débute comme une orchite blennorrhagique, dont on ne saurait la distinguer dans une première période; mais des abcès apparaissent, les symptômes aigus s'amendent et l'orchite tuberculeuse ne diffère plus alors de la tuberculose testiculaire chronique.

Dans des travaux ultérieurs nous montrons que le *fongus* du testicule ne constitue point une tumeur spéciale, mais qu'il est un épisode, une complication souvent prévue au cours de certaine affection de la glande spermatique et nous devons en admettre plusieurs variétés : un fongus traumatique, un fongus inflammatoire et gangréneux, un fongus syphilitique et un fongus tuberculeux. Ce dernier a pour origine une tuberculose primitive non décrite encore, en 1882, lorsque nous en avons observé et publié le premier cas. Les dépôts caséeux ramollis ulcèrent largement les téguments et une perte de substance s'ouvre, assez grande pour permettre l'issue de la glande. — Enfin, vers cette même époque, nous combattions la doctrine de *l'infection* de la glande spermatique *par la voie génitale*. Grâce à Conheim, Verneuil, Verchère et Fernet, elle comptait déjà de nombreux adeptes; mais nous montrions le peu de précision des observations publiées, la tuberculose testiculaire se déclarant sans coït suspect chez des enfants non pubères, l'infinie rareté des ulcérations bacillaires du gland et de l'urèthre, malgré les fissures

fréquentes de la muqueuse, et notre conclusion, qui n'a plus guère de contradicteurs, était que l'infection de la glande spermatique se fait par la voie sanguine. — Notre mémoire sur la *syphilis du testicule*, bien qu'il date de 1882, est encore classique et les articles de nos Manuels n'en sont guère qu'un résumé.

Nos recherches sur l'*appendicite* datent du mois de juillet 1890; à cette date, le premier en France, j'extirpais, de propos délibéré et après un diagnostic précis, un appendice enflammé qui, présenté à la Société de chirurgie, y provoqua la première discussion sur ce sujet resté depuis indéfiniment à l'ordre du jour. Nos descriptions du début ne faisaient guère que vulgariser les travaux anglais, américains, suisses et allemands. Mais, plus tard, nous avons établi, croyons-nous, la véritable pathogénie de cette grave inflammation ; notre théorie n'a guère été discutée d'abord, mais voici qu'elle fait des conquêtes importantes, et dans la nouvelle édition du *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Pierre Delbet, le regretté Guinard, auteur de l'article, l'adopte à peu près intégralement. La théorie de la *stagnation* que je propose, invoque l'infection et montre pourquoi cette infection qui peut être fruste, innocente, larvée dans les organes voisins, prend ici une allure redoutable, et de même que les géographes, expliquent par la nature et la configuration d'un pays, les traits principaux de la race qui l'habite, de même, de la topographie et de la structure de l'appendice, découle toute l'histoire de l'appendicite.

L'appendice, en effet, présente un trajet canaliculé d'une étroitesse extrême et dont la longueur peut être considérable : nous en avons extirpé un de 23 centimètres. Il est aveugle à son extrémité terminale et son cæcum, circonstance aggravante, s'insère lui-même sur un cæcum de telle sorte que les substances liquides ou solides qui pénètrent dans sa cavité ou qui s'y forment, auront la plus grande difficulté d'en sortir; elles sont hors du courant intestinal : aussi stagneront-elles et l'on sait que la stagnation des substances organiques est des plus propices à la pullulation des germes : les colibacilles, les staphylocoques, les streptocoques qui abondent dans les matières fécales,

infectent les sécrétions muqueuses accumulées dans l'appendice et la moindre cause locale ou générale, qui suspend ou amoindrit la défense phagocytaire des parois, permettra leur envahissement. Or, une fois la muqueuse atteinte, ses ulcérations auront bien peu de tendance à la guérison, les lésions persisteront, comme elles persistent dans un clapier purulent sans drainage, et j'ai pu comparer l'appendice enflammé à une *fistule borgne interne* qu'une opération seule peut guérir. Si l'on ajoute que l'appendice flotte dans la grande cavité péritonéale et que le foyer toxi-infectieux, qu'il recèle dans sa cavité, n'est séparé de la redoutable séreuse que par une gaine très mince on comprend les catastrophes que la plus simple inflammation de ce minuscule organe peut provoquer dans l'organisme.

Les maladies de l'*anus* et du *rectum* ont été, de notre part, le sujet de nombreuses publications; nous avons démontré que les abcès de la marge de l'anus ne se développent pas toujours, comme l'affirment les classiques, dans la fosse ischio-rectale, en dehors du sphincter, mais aussi en dedans, sous la muqueuse et la peau marginale. Même ces abcès sous-cutanéo-muqueux sont beaucoup plus nombreux que les premiers, et cela, si nous en croyons les statistiques dressées par nos élèves et nous, dans la proportion de dix contre un. On s'explique alors pourquoi l'opération de la fistule provoque si peu l'incontinence du muscle d'arrêt des matières, puisque le bistouri le sectionne si rarement. — Nos recherches sur les *hémorroïdes* nous ont conduit à un mode de traitement qui nous semble de beaucoup le plus simple, et le plus efficace : l'analgésie localisée supprime les dangers du chloroforme, notre respect de bandes de muqueuse saine conjure les rétrécissements observés parfois à la suite du « Withehead », l'opération est infiniment plus simple, sans effusion de sang et guérit toujours avec une extrême rapidité.

Avec mon maître Verneuil, nous avons montré les avantages que présente sur l'anus lombaire, alors uniquement pratiqué, l'anus iliaque devenu à cette heure l'orifice artificiel de choix. Et bien que, avec Maydl, de Vienne, nous ayons décrit un procédé original *en deux temps* qui a

conquis la plupart des suffrages, je propose maintenant une technique très différente : je ne me contente plus d'adosser les deux bouts intestinaux en canon de fusil pour créer l'éperon qui empêchera la pénétration des matières du bout supérieur dans le bout inférieur. Cet obstacle, en quelques semaines ou en quelques mois, se montre insuffisant. Je sectionne l'intestin ainsi que son mésentère, ce qui permet d'en éloigner les extrémités proximale et distale suturées, chacune indépendante, aux lèvres de deux orifices de la peau, distincts et éloignés l'un de l'autre de trois centimètres environ : il est alors mécaniquement impossible aux matières de s'engager dans le bout inférieur.

Les affections *de la mamelle* nous ont particulièrement préoccupé et si les abcès chauds en sont bien connus, les abcès chroniques, sauf les collections bacillaires, sont peu étudiés. Nous avons vu que plusieurs années après la lactation, chez des femmes encore jeunes et même chez celles qui ont dépassé le cap de la ménopause, des tumeurs apparaissent insidieusement, lentement ; elles se forment dans l'épaisseur de la glande, si dures que la plupart du temps elles sont prises pour des cancers : l'extirpation en est trop souvent proposée et malheureusement trop souvent exécutée, car une simple ponction aurait suffi à tarir ces collections. Le diagnostic cependant peut se faire ; on sera frappé d'abord par la régularité de la tumeur qui soulève la peau généralement intacte ; il faut alors pratiquer la ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz et l'aiguille chemine, non dans un tissu résistant, mais elle entre dans une cavité d'où un liquide purulent ne tarde pas à s'écouler. — C'est ici que nous aurions dû parler de notre *maladie kystique*, mais nous avons préféré le faire à propos de la chirurgie conservatrice, car ces glandes qui en sont atteintes doivent être sauvées de l'amputation auxquelles les vouait une anatomie pathologique mal interprétée.

Enfin, vers 1900, lorsque les litiges sur les *accidents du travail* se multiplièrent, le professeur Brouardel fit entrer, dans le corps des experts attachés au Palais de Justice, plusieurs de ses collègues des hôpitaux et de la Faculté. Nous fûmes de ceux-là et la tâche est délicate non seule-

ment à cause de la difficile « évaluation des incapacités », mais la Loi du 9 avril 1898 est souvent obscure et les tribunaux, doivent l'éclairer par leur jurisprudence. Nous avons tâché de contribuer à résoudre quelques-uns des problèmes les plus ardus : « l'état antérieur », « les relations du traumatisme et de la tuberculose »; « les hernies accidentelles et les hernies professionnelles ». Nous avons tenté de donner de « l'accident du travail » une définition qu'avait oubliée la loi de 1898; elle fera cesser, nous l'espérons, une confusion constante jusqu'alors, où le mot « accident » s'applique aussi bien à la lésion elle-même qu'à la cause de la lésion, à la hernie qu'au traumatisme qui a produit la hernie.

ENSEIGNEMENT — OUVRAGES DE VULGARISATION

Nous les signalerons à peine bien qu'ils aient pris le meilleur de notre vie scientifique : Depuis plus de trente ans nous avons professé dans les hôpitaux et à la Faculté, comme aide d'anatomie, prosecteur, chirurgien, professeur agrégé, chef de clinique adjoint, professeur titulaire des chaire magistrale de médecine opératoire, puis de clinique chirurgicale à La Charité d'abord et maintenant à l'Hôtel-Dieu. — Nos livres de vulgarisation sont nombreux. Avec nos collègues Bouilly, Kirmisson et Peyrot, nous avons publié le *Manuel des quatre agrégés;* avec le professeur Duplay, le *Traité de chirurgie;* avec le professeur Forgue, de Montpellier, le *Traité de thérapeutique chirurgicale;* avec nos amis Brissaud et Pinard, la *Pratique médico-chirurgicale* et la *Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée*. — Sans collaborateurs nous avons publié : *La Syphilis du testicule; La Tuberculose du testicule et l'orchite tuberculeuse*; *L'Ophtalmie sympathique; Clinique et critique chirurgicales; Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu; Clinique chirurgicale de la Pitié; Clinique de la Charité sur la chirurgie journalière; La Cocaïne en chirurgie* et *l'Anesthésie localisée par la cocaïne*, que l'Académie des sciences a honorées d'un prix Montyon.

PUBLICATIONS

CHAPITRE PREMIER

ANESTHÉSIE LOCALISÉE

Travaux sur la cocaïne (*Revue de chirurgie*, 1889); (*Revue scientifique*, 26 mars 1892); (*Communications au Congrès de chirurgie et discussions à la Société de chirurgie*, 1891); (*Thèse de Delbosc*, Paris, 1889); (*Thèse de Jules Auber*, Paris, 1892); (*Cliniques chirurgicales de la Pitié : 1° De l'analgésie par la cocaïne en chirurgie courante; 2° les accidents de la cocaïne; 3° les indications de la cocaïne*, p. 1, 18 et 33, 1894); (*Thèse de Fillion, Paris*, 1895); **Gaïacol et cocaïne** (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 19 mai 1896); **De la cocaïne en chirurgie** (*volume de l'Encyclopédie Léauté*, 1896); **Pour la cocaïne** (J.-L. Faure, 26 juillet 1896, et *Lettre de Reclus*, 30 juillet 1896, *in Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*); **Eucaïne et cocaïne** (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 16 février 1897); **De la méthode de Bier** (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 19 mars 1901; *Presse médicale*, 11 mai 1901; *Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 mai 1901); **De l'analgésie localisée par la cocaïne; incision du panaris** (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 10 février 1903); **L'analgésie localisée par la cocaïne**, 1 volume avec 59 figures dans le texte, chez Masson et Cie, 1903); **L'analgésie locale par la stovaïne** (*Clinique de la Charité sur la chirurgie journalière*, p. 11, 1909); **L'anesthésie locale et les nouveaux anesthésiques** (*Clinique de la Charité sur la chirurgie journalière*, p. 17. 1909); **Sur quelques anesthésiques locaux** (*Journal des Praticiens*, 18 septembre 1909); **La rachi-anesthésie et l'anesthésie localisée** (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 18 juillet 1911); *Les trois anesthésies* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 24 oct. 1911).

Dans notre avant-propos nous avons exposé les grandes lignes de notre méthode. Nous ne reviendrons pas ici sur les questions de dose et de solution, nous préciserons seulement les règles générales qui président à une injection régulière. On remplit la seringue de Pravaz, — celle

dont nous nous servons contient deux centimètres cubes, — de notre solution unique dont nous rappelons la formule :

Sérum physiologique	100 centimètres cubes.
Novocaïne.	50 centigrammes.
Adrénaline au millième . . .	XXV gouttes.

Il est bien entendu que toute solution sera stérilisée à l'autoclave. Voici notre technique :

Après avoir jalonné du regard la future incision, on enfonce, à l'une des extrémités du trajet projeté, la pointe de l'aiguille de Pravaz; on pousse alors le piston afin de faire sourdre quelques gouttes de liquide dans l'épaisseur du derme; dès lors, si l'aiguille avance lentement, son passage se fait sans douleur, car la cocaïne, qui sort de la pointe, anesthésie les tissus où cette pointe va pénétrer. A partir de ce moment, on cheminera d'une manière lente et continue dans l'épaisseur de la peau, qui présente une certaine résistance; si cette résistance vient à manquer brusquement, c'est que l'aiguille a pénétré dans le tissu cellulaire; il faut alors se reprendre, donner une nouvelle direction à l'aiguille pour rentrer dans la trame serrée du derme. Deux signes, outre la résistance, indiquent qu'on est dans la bonne voie : la peau se boursoufle légèrement suivant la ligne d'injection, puis elle pâlit et prend une teinte livide. L'injection est alors terminée, mais il ne faut pas oublier que l'anesthésie est lente à se produire : avant de prendre le bistouri, on attendra cinq à dix minutes suivant les régions. L'instrument tranchant mord alors la peau sans que l'opéré éprouve la moindre souffrance; parfois il sent l'instrument passer, mais la sensation de souffrance fait absolument défaut, et, pour me servir du langage physiologique, il n'y a pas anesthésie, il y a analgésie. Si l'intervention, plus complexe, nécessite l'incision de plusieurs couches superposées, aponévrose, muscles, périoste, os, on insensibilise de la même manière les diverses couches au fur et à mesure de leur section, et si le champ opératoire n'est pas trop étendu, l'on pratiquera l'amputation d'un membre sans que le malade éprouve la moindre douleur.

Au début de nos recherches, on prétendait généralement que les os ne

peuvent être anesthésiés. Nous avons démontré que rien n'est plus faux : il suffit, pour obtenir une insensibilité complète, d'introduire l'aiguille dans le périoste, et de ne s'arrêter que lorsque sa pointe butte résolument contre l'os; on presse avec énergie sur le piston; la solution s'étale entre le périoste et l'os; on peut alors scier, trépaner, ruginer, gratter sans que le patient éprouve la moindre douleur et nous avons pu, avec le plus grand succès, suturer la rotule, cisailler des os métacarpiens et des métatarsiens, ouvrir des abcès du tibia et de l'humérus. On affirmait aussi que les anesthésiques ne mordent pas sur les tissus enflammés : il y a un peu de vrai : l'insensibilité est plus lente à se produire, il faut des doses plus massives de substance active, il faut parfois superposer deux plans d'injection dans la même couche trop épaissie par l'infiltration séreuse ou purulente. Mais on le peut et nous avons pratiqué sans douleur la large ouverture de phlegmons diffus, ou leur ponction au thermocautère.

Pour donner une idée juste de la méthode française et de son extension, nous croyons devoir transcrire ici la table analytique des matières contenues dans notre livre : *l'Anesthésie localisée par la cocaïne.*

CHAPITRE PREMIER

HISTOIRE ET CRITIQUE DES MÉTHODES

La cocaïne. — Sa découverte. — Ses propriétés analgésiques. — Analgésie de la peau et des tissus sous-cutanés. — Méthode française. — Méthode de Schleich. — Méthode de Corning-Oberst. — Méthode de Bier.

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE ET PHARMACOLOGIE

La cocaïne est un anesthésique général. — Son action sur les protoplasmas. — Expérience de Fr.-Franck. — Anesthésie ou analgésie? — Influence des titres de la solution sur l'intensité, la rapidité et la durée de l'analgésie. — Action vaso-constrictive. — Nécessité du décubitus horizontal.

Fabrication de la cocaïne. — Ses propriétés chimiques. — Stérilisation et conservation de la cocaïne. — Préparation des solutions. — Chlorhydrate. — Phénate de cocaïne. — Tropacocaïne. — Eucaïne. — Gaïacol. — Anesthésine.

CHAPITRE III

INCONVÉNIENTS ET AVANTAGES DE L'ANALGÉSIE PAR LA COCAÏNE

Dangers de la cocaïne. — Les tables de mortalité. — Statistique de Brouardel et Richardière. — Étude critique de dix-huit cas de mort; ceux qu'il faut retenir comme vrais sont dus à une faute grave. — « La zone dangereuse » n'existe plus depuis que l'on opère les malades couchés. — Rapidité de l'absorption de l'alcaloïde par les muqueuses. — La cocaïne est moins dangereuse que le chloroforme et l'éther; pas de morts, pas d'alertes. — Tableau de l'empoisonnement cocaïnique par les doses trop fortes. — Traitement de l'empoisonnement.

Avantages de la cocaïne : sécurité plus grande. — Pas de vomissements. — Pas de choc. — Dans certains cas, les opérés doivent la vie à l'anesthésie par la cocaïne. — Dangers de l'anesthésique général dans les hernies étranglées. — Chirurgie pulmonaire : empyème, gangrène du poumon. — Pas de perte de temps. — Moins d'aides. — Pansements facilités par l'opéré conscient. — Douleurs post-opératoires moindres. — Le chirurgien responsable pratique lui-même l'anesthésie.

Contre-indications : On ne recourra pas à la cocaïne chez les enfants, dans les opérations non réglées, — lorsque le champ est trop large. — La cocaïne dans les amputations : grandes, petites. — La cocaïne dans les tissus enflammés. — La cocaïne chez les obèses. — Résumé.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE GÉNÉRALE DE L'ANALGÉSIE PAR LA COCAÏNE

Outillage : seringues et aiguilles. — Doses et solutions. — Elles sont indissolublement liées l'une à l'autre. — La solution la meilleure est un demi pour cent. — La dose maximum ne doit pas dépasser vingt centigrammes. — Nécessité du décubitus horizontal. — L'injection doit être intra-dermique, traçante et continue. — Il faut faire cheminer l'aiguille en poussant le piston pour ne pas verser le liquide dans une veine. — Le bistouri doit suivre la traînée analgésique sous peine de faire souffrir le patient. — Peau épaisse et peau fine. — Chaque plan anatomique doit être analgésié. — Peau. Aponévrose. Muscle. Périoste et os. — Analgésie des tissus très vasculaires. — Durée de l'analgésie. — Incision au thermocautère. — Inutilité de la bande d'Esmarch. — Analgésie régionale.

CHAPITRE V

TECHNIQUE DE L'ANALGÉSIE DANS CHACUNE DES PRINCIPALES OPÉRATIONS

Premier Groupe

OPÉRATIONS SUR LA PEAU ET LE TISSU CELLULAIRE

Extirpation des tumeurs cutanées et sous-cutanées; verrues, tannes, condylomes, cancroïdes, kystes sébacés petits et grands, kystes dermoïdes, lipomes, fibromes, angiomes, sarcomes, hygromas, tumeurs de la parotide.

Groupe II

OPÉRATIONS SUR LES DOIGTS, LES ORTEILS, LES MÉTACARPIENS ET LES MÉTATARSIENS

Ongles incarnés, exostose sous-unguéale. Orteil en marteau. Amputation de la troisième et de la deuxième phalange. Hallux valgus. Résection totale ou partielle d'un métacarpien ou d'un métatarsien.

Groupe III

OPÉRATIONS SUR LES VAISSEAUX ET SUR LES TENDONS

Ligature des artères. Suture des veines. Extirpation de segments variqueux. Extirpation des anévrismes artériels et artério-veineux. Section des tendons, section des aponévroses, du sterno-cléido-mastoïdien. Suture des tendons.

Groupe IV

OPÉRATIONS SUR LA TÊTE ET SUR LE COU

Autoplastie des oreilles. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Suture des paupières. Cancroïdes des lèvres. Bec-de-lièvre. Staphylorraphie. Cancer de la langue. Ganglions dégénérés du cou. Trachéotomie. Goitre.

Groupe V

OPÉRATIONS SUR LE THORAX

Suture des fragments dans les fractures de la clavicule. Opération de l'empyème. Résection costale. Ablation des tumeurs bénignes de la mamelle, fibromes, adénomes, kystes. Amputation totale de la glande.

Groupe VI

OPÉRATIONS SUR L'ABDOMEN

Kystes hydatiques du foie ; gastrostomie ; laparotomie ; ascites tuberculeuses ; kyste de l'ovaire ; kélotomie ; cure radicale de hernie ; hernie inguinale ; hernie ombilicale ; hernie crurale ; anus artificiel ; appendicectomie à froid.

Groupe VII

OPÉRATIONS SUR LA RÉGION ANO-RECTALE

Dilatation anale ; fissure à l'anus ; hémorroïdes ; fistules ; cancer de la marge.

Groupe VIII

OPÉRATIONS SUR LES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Végétations sur le prépuce et le gland. Paraphimosis et circoncision. Amputation de la verge. Varices péniennes. Urétrotomie interne. Urétrotomie externe. Résection du scrotum dans le varicocèle. Cure radicale d'hydrocèle. Kystes spermatiques et kystes du cordon. Castration. Épididymectomie. Orchidopexie. Kystes dermoïdes canaliculaires du périnée.

Groupe IX

OPÉRATIONS SUR LES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Kystes des glandes de Bartholin. Végétations. Cancroïdes de la vulve et du vagin. Polypes muqueux du col utérin. Molluscum. Curettage. Hystérectomie vaginale. Colpo-périnéorraphie. Fistules vésico-vaginales, vésico-rectales.

Groupe X

OPÉRATIONS SUR LES MEMBRES

Hygromas prérotuliens. Kystes du creux poplité. Arthrotomie. Trépanation des os. Évidements. Suture de la rotule. Amputation de l'avant-bras et du bras.

Groupe XI

OPÉRATIONS SUR LES TISSUS ENFLAMMÉS

Phlegmons et adéno-phlegmons suppurés. Panaris.

Groupe XII

ANALGÉSIE DES MUQUEUSES ET DES SÉREUSES. AUTRES APPLICATIONS DE LA COCAÏNE

A

Analgésie des muqueuses et des séreuses

Bouche et amygdales : petites tumeurs des gencives, kystes salivaires, staphylorraphie. Fosses nasales : Cautérisation du cornet, extraction des polypes muqueux. Muqueuses ano-rectale et vaginale ; fissure anale, prurit anal, vaginisme. Vessie et urètre : recherche des corps étrangers ; calculs, lithotritie vaginale : injection iodée pour hydrocèle et pour les kystes de l'épididyme et du cordon. Synoviales articulaires, hydarthroses chroniques.

B

Quelques autres applications de la cocaïne.

Névralgie faciale ; névralgies dentaires ; insensibilisation d'un foyer de fracture ; plaies et ulcérations douloureuses ; fissures du mamelon ; masturbation ; épistaxis ; métrorragies.

Nous pensons aussi qu'on pourra se rendre un compte plus exact de notre technique si nous reproduisons simplement, avec la légende qui les accompagne, les 59 figures contenues dans notre livre.

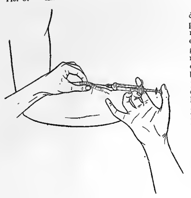
FIG. 1. — OUTILLAGE POUR PRATIQUER L'ANALGÉSIE.

Toute seringue à oreillettes, bien calibrées, d'une asepsie facile et munie d'aiguilles droites ou courbes de 3 à 4 centimètres de longueur suffit. Cette figure nous montre deux seringues : l'une, petite, pouvant contenir 1 centimètre cube de liquide; l'autre, 2 centimètres cubes. Nous nous servions de la première lorsque nous usions encore de la solution à 1 p. 100. Maintenant que nous n'employons que la solution à 1/2 p. 100, nous n'avons plus recours qu'à la seconde. Nos deux centimètres cubes de liquide contiennent 1 centigramme de cocaïne; autant de seringues, autant de centigrammes injectés; la comptabilité est on ne peut plus facile. Les aiguilles doivent être plutôt courtes, polies, pointues, assez fortes pour ne pas casser en perçant les peaux épaisses et dures. Les aiguilles droites servent à analgésier les plans superficiels; les courbes, les plans profonds.

FIG. 2. — ANALGÉSIE DE LA PEAU. INJECTION INTRA-DERMIQUE TRAÇANTE ET CONTINUE.

L'opérateur saisit, entre le pouce et l'index de la main gauche, la peau au niveau du point d'où partira la future incision et on y forme un pli. La main droite tient la seringue à oreillettes, l'index et le médius sur les oreillettes, le pouce sur le piston; on enfonce la pointe de l'aiguille d'un coup sec dans l'épaisseur du derme, et l'on presse immédiatement sur le piston; la cocaïne versée dans les tissus dissipe aussitôt la douleur de la piqûre. On fait alors cheminer lentement l'aiguille dans la trame du derme et son passage se trahit par une boursouflure allongée, une sorte de traînée livide due au liquide qui infiltre le feutrage dermique. Ce bourrelet est ici marqué par un pointillé à arcs superposés. On ne s'arrête que lorsque la seringue est vide et que l'aiguille, toujours intradermique, est arrivée au bout de sa course.

FIG. 3. — ANALGÉSIE DE LA PEAU. INJECTION INTRA-DERMIQUE TRAÇANTE ET CONTINUE.



Bras et avant-bras comme dans la figure précédente. La première injection, celle que montre la figure précédente, est achevée; on a retiré l'aiguille et, ici on l'a plantée de nouveau dans le derme, mais en amont du point terminal de la première injection : ainsi la piqûre, faite en tissu analgésié, est insensible; on répète alors la manœuvre de la figure précédente : le pouce presse sur le piston et la main fait cheminer l'aiguille dans l'épaisseur du derme; le bourrelet se forme. On refera une troisième, une quatrième piqûre jusqu'à ce que la future ligne d'incision offre, sur tout son parcours, une traînée analgésique continue.

FIG. 4. — INFLUENCE DE LA LENTEUR DE L'INJECTION SUR LA LARGEUR DE LA TRAINÉE ANALGÉSIQUE.

La figure de gauche nous montre une traînée analgésique très large : l'aiguille a cheminé très lentement dans l'épaisseur du derme, et comme le piston chasse dans le même temps une quantité égale de liquide, les ondes de cocaïne ont gagné en largeur ce que dans la seconde piqûre elles gagneront en longueur.

La figure de droite nous montre une traînée analgésique étroite et longue que nous opposons à la traînée large et courte de la figure précédente. Le liquide, contenu dans la seringue dont l'aiguille cheminait rapidement, ne s'est pas étalé : aussi la zone insensibilisée est à la fois plus longue et plus étroite.

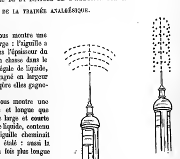
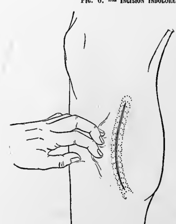


FIG. 5. — INCISION DOULOUREUSE.

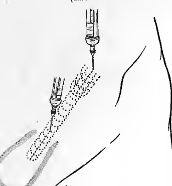
Cette figure montre une des fautes le plus souvent commises : la ligne d'anesthésie a été correctement tracée, mais le chirurgien, au lieu de « l'épouser », s'est éloigné peu ou prou et pénètre en tissus sensibles. Parfois — et c'est ici le cas — la main de l'aide ou de l'opérateur, en voulant tendre la peau pour permettre au bistouri de mieux mordre, a déplacé la traînée analgésique et désorienté le novice. L'incision devra toujours suivre le milieu de la traînée analgésique que révèlent une légère boursouflure livide et les points rouges invisibles dans cette figure, mais que laissent au naturel les piqûres de l'aiguille.

FIG. 6. — INCISION INDOLORE.



Ici, la main de l'aide ou de l'opérateur a bien déplacé la traînée analgésique comme dans la précédente figure ; mais le chirurgien expérimenté a su conduire son bistouri au milieu même de la traînée que lui révèlent une légère boursouflure livide et les points rouges — oubliés sur notre schéma — mais que laissent au naturel les piqûres de l'aiguille.

Fig. 7. — Analgésie des divers plans anatomiques.
(*Cure radicale d'une hernie inguinale.*)



La figure nous montre le contour de la hanche gauche, l'épine iliaque antéro-supérieure, le pli de l'aine et une vague bosselure simulant la hernie. La traînée analgésique superficielle, notée par un étroit pointillé, est déjà déposée sur la future ligne d'incision et l'on voit l'aiguille de la seringue inférieure terminer, dans l'épaisseur du derme, cette première traînée analgésique. L'aiguille de la seringue supérieure, elle, a traversé la peau, et c'est dans le tissu cellulaire qu'elle verse la cocaïne dont la traînée analgésique, notée par un pointillé large sous-jacent au pointillé étroit, est à peine commencée et n'occupe encore que le quart supérieur de la future incision.

Fig. 8. — Analgésie des divers plans anatomiques.
(*Cure radicale de la hernie inguinale*).

Cette figure montre, comme la précédente, le contour de la hanche, l'épine iliaque antéro-supérieure, le pli de l'aine et le vague contour de la hernie. La peau est incisée et maintenue béante par deux écarteurs. On voit l'aponévrose du grand oblique et l'écartement de ses deux piliers par où sort la hernie. La seringue supérieure, dont l'aiguille courbe chemine sous l'aponévrose, a déjà analgésié la plus grande partie du champ opératoire et termine cette traînée profonde. La seringue inférieure, de son aiguille courbe, continue cette traînée profonde en dedans et au-dessous du collet du sac. Il faudra ensuite analgésier de même, du contenu d'une nouvelle seringue, en dehors et en dessous du collet du sac; mais ici on trouve d'ordinaire les éléments du cordon et il faudra éviter de verser l'injection dans une veine.

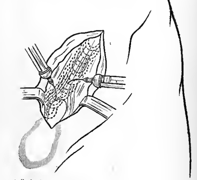
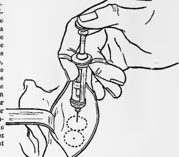
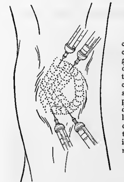


Fig. 9. — Analgésie des plans anatomiques.
(*Trépanation de l'apophyse mastoïde.*)



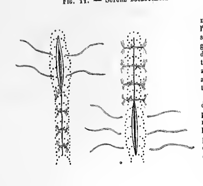
Cette figure montre la région mastoïdienne : l'oreille et le bord antérieur de l'incision rétro-auriculaire sont maintenus par un écarteur ; la peau insensibilisée est déjà sectionnée et l'aiguille de la seringue est plantée perpendiculairement à travers les parties molles y compris le périoste, jusqu'à ce que sa pointe soit arrêtée par l'os. On presse alors avec force sur le piston et le liquide analgésique se diffuse entre l'os et le périoste en ondes excentriques marquées ici par deux ronds, l'un, inférieur, fait par une première injection, l'autre, supérieur, que l'aiguille est en train de créer. Nos ronds ne sont pas assez larges et la diffusion du liquide est plus considérable.

Fig. 10. — Analgésie pour l'extirpation d'une tumeur sous-cutanée.
(*Hygroma prérotulien.*)



Membre inférieur gauche. L'incision cutanée sur la moitié externe de la circonférence de la tumeur sera indolore grâce à la traînée analgésique intradermique marquée par notre petit pointillé. Mais la dissection au delà, pour l'énucléation de la tumeur, sera douloureuse si on ne prenait soin d'analgésier la périphérie de l'hygroma. Pour ce faire, en des points déjà analgésiés, on enfonce l'aiguille à travers la peau dans le tissu cellulaire sous-cutané qui enveloppe la tumeur : le pointillé plus large indique ici cette anesthésie périphérique qui permettra d'énucléer l'hygroma sans douleur.

Fig. 11. — Suture douloureuse et suture indolore.



La figure de gauche nous montre une suture indolore : l'opérateur expérimenté a pris soin de planter son aiguille chargée de son fils, près de la lèvre de l'incision cutanée, à une distance de 4 à 6 millimètres tout au plus, c'est-à-dire dans la zone analgésiée marquée par un pointillé.

Au contraire, dans la figure de droite, l'opérateur novice a planté son aiguille à 1 centimètre et demi de la lèvre de l'incision, dans une zone pas ou peu analgésiée, car la cocaïne diffuse mal et la suture a été douloureuse. Cette faute, si facile à éviter, est presque la règle chez les débutants.

Fig. 12. — Analgésie régionale.
(*Panaris.*)

On divise par la pensée la base du doigt en quatre faces : externe antérieure, interne et postérieure. On plante délibérément d'un coup sec, dans la peau de la face externe, l'aiguille, et on la fait pénétrer dans le tissu cellulaire sous-cutané. Puis immédiatement on pousse le piston et l'on verse les 2 centimètres cubes d'eau de la seringue, le centigramme de cocaïne dans le centimètre on le centimètre et demi que mesure cette face externe. La peau se soulève et blanchit; si elle reste normale, on sépare la seringue de l'aiguille laissée en place, on recharge la seringue et on verse de nouveau, sur la même face externe, une demi-seringue ou, au besoin, une seringue tout entière, et cette fois la peau se soulève et blanchit. L'injection se fera avec une extrême lenteur; une injection rapide provoquerait des battements douloureux, d'inutiles souffrances dans le panaris.

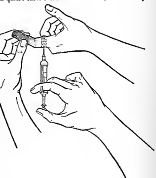


Fig. 13. — Analgésie régionale.
(Panaris.)

L'analgésie de la face externe pratiquée sur la figure précédente empiète un peu sur la face antérieure que nous voulons insensibiliser dans la présente figure; c'est en amont du point où finit la boursouflure livide de la face externe que l'on plante de nouveau l'aiguille pour analgésier la face antérieure. On pousse lentement, très lentement, le contenu de la seringue sous la peau dans le centimètre ou le centimètre et demi que mesure cette face antérieure. La peau se soulève et blanchit, et il est bien rare qu'ici une seconde injection soit nécessaire, ce qui est au contraire fréquent dans l'analgésie du premier quart de la circonférence du doigt. L'analgésie de la face interne et de la face postérieure, c'est-à-dire du troisième et du quatrième quart, s'obtiendra par des manœuvres identiques.

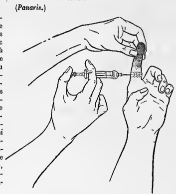
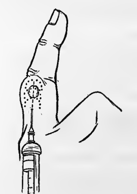


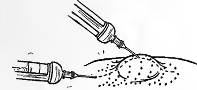
Fig. 14. — Analgésie dermique pour l'extirpation d'une verrue.



On enfonce, d'un coup sec, dans l'épaisseur du derme, à quelque distance de la petite tumeur, l'aiguille que l'on fait cheminer très lentement et en poussant avec énergie le piston; il se forme une plaque analgésique en saillie sur la peau et qui déborde de tous côtés la verrue. Rien n'est alors plus facile que de circonscrire la verrue de la pointe du bistouri et de l'extirper sans douleur; la plaque insensibilisée doit être assez large pour qu'on puisse, lors de la suture, passer l'aiguille en tissus analgésiés.

Fig. 15. — Analgésie pour l'extirpation d'une loupe de petit volume.

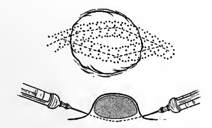
Notre figure montre un kyste sébacé de petit volume. Il suffit, dans ce cas, de faire pénétrer la première aiguille à quelque distance de la tumeur; elle doit cheminer lentement dans



l'épaisseur du derme pendant qu'on presse sur le piston avec énergie; il se fait ainsi une plaque analgésique qui déborde la loupe dans tous les sens ainsi qu'on le voit sur la figure où le pointillé dépasse les bords de la tumeur. Il ne reste plus qu'à inciser la peau dans l'axe de la loupe et à l'énucléer.

Fig. 16 et 17. — Analgésie pour l'extirpation d'une loupe volumineuse.

L'analgésie est alors plus compliquée que dans la figure précédente : à quelque distance du kyste, on plante, dans la peau, l'aiguille que l'on fait cheminer dans l'épaisseur du derme; la traînée, unique jusqu'à la périphérie de la tumeur, bifurque, sur la tumeur elle-même, en deux traînées qui circonscrivent, au centre de la loupe, un espace losangique, puis qui se rejoignent à



la périphérie. Le bistouri incise suivant les traînées et l'on dégage la loupe qui entraîne avec elle le losange de peau séparée.

Si les tissus sont enflammés, le dégagement de la loupe, adhérente aux tissus sous-jacents, serait douloureux si l'on se contentait de l'analgésie superficielle; la figure 17 montre comment l'aiguille passe au-dessous de la tumeur pour déposer une traînée analgésique.

Fig. 18. — Analgésie pour l'extirpation d'une tumeur sous-cutanée.
(*Hygroma prérotulien.*)

Membre inférieur gauche. L'incision cutanée sur la moitié externe de la circonférence de la tumeur sera indolore grâce à la traînée analgésique intra-dermique marquée par notre petit pointillé. Mais la dissection, au delà, pour l'énucléation de la tumeur, serait douloureuse si on ne prenait soin d'analgésier la périphérie de l'hygroma. Pour ce faire, en des points déjà analgésiés, on enfonce l'aiguille à travers la peau dans le tissu cellulaire sous-cutané qui enveloppe la tumeur; le pointillé plus large indique ici cette anesthésie périphérique qui permettra d'énucléer l'hygroma sans douleur.

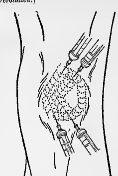
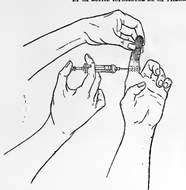


Fig. 19. — Analgésie régionale pour les opérations sur la phalangette, la phalangine et la moitié inférieure de la phalange.



Pour rendre le doigt insensible et permettre de pratiquer sans douleur toutes les opérations, on enfonce l'aiguille d'un coup sec à travers la peau dans le tissu cellulaire sous-cutané et l'on dépose, à la base du doigt, une traînée circonférentielle de cocaïne qui constituera une sorte de « bague analgésique ». Cette figure nous montre comment l'aiguille dépose la cocaïne entre « cuir et chair » dans le premier quart de la circonférence de la base du doigt.

Fig. 20. — Analgésie régionale pour les opérations sur la phalangette, la phalangine et la moitié inférieure de la phalange.



La figure précédente nous montre comment l'aiguille a déposé la cocaïne dans le premier quart de la circonférence de la base du doigt; cette figure nous montre l'insensibilisation du deuxième quart — ici la face antérieure de l'index. — Il en serait de même pour le troisième quart et pour le quatrième quart, et c'est ainsi qu'est constituée « la bague analgésique » qui livre à l'opérateur un doigt insensible.

Fig. 21. — Analgésie « régionale » du gros orteil pour l'opération de l'ongle incarné.

Le bord unguéal externe est recouvert par des bourgeons charnus. A la base du gros orteil commence à se dessiner la « bague analgésique ». Une première seringue, à droite, a déjà analgésié la face antérieure par une injection sous-cutanée; une seconde seringue, à gauche, est enfoncée sous la peau, en un point déjà insensible; elle commence la traînée analgésique de la face externe. Le doigt d'un aide écarte le second orteil pour permettre à l'œil d'explorer cette face externe; une troisième et une quatrième piqûres analgésieront la face postérieure et la face interne. Cette analgésie « régionale » suffirait tout aussi bien pour l'ablation d'une exostose sous-unguéale, la désarticulation de la phalangette, l'exérèse d'un mal perforant sous la phalangette.

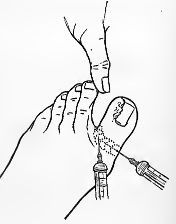


Fig. 22. — Analgésie pour l'opération de l'hallux valgus.

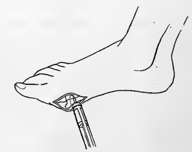
La figuro nous montre la saillie que forme, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, l'hygroma d'une part, et d'autre part le déplacement de la tête du métatarsien. Un pointillé



montre le trajet de l'injection intra-dermique et de la future incision qui, mettant la bourse séreuse et l'os à nu, permettra de les extirper.

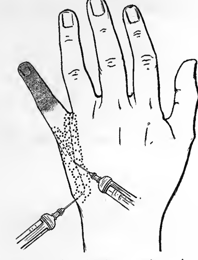
Fig. 23. — Analgésie pour l'opération de l'hallux valgus.

Dans cette seconde figure, la peau insensibilisée par l'injection intra-dermique a permis l'excision de la bourse séreuse, et l'on est maintenant sur l'articulation métatarso-phalangienne mise à nu. On voit nettement la luxation incomplète et la saillie en dedans de la tête du métatarsien.



L'aiguille, courbe ou droite à volonté, dépose autour de l'os une traînée analgésique qui, aidé, d'une injection sous le périoste, entre le périoste et l'os, permettra de sectionner sans douleure d'un coup de pince coupante, la portion exubérante de la tête du métatarsien.

Fig. 24. — Analgésie pour la désarticulation d'un métacarpien.



Il s'agit ici d'enlever le 5e métacarpien, et nous voyons les aiguilles déposant dans la peau la traînée analgésique en forme de raquette à queue très allongée. Grâce à elle, l'incision des téguments se fera sans douleur; mais il reste à insensibiliser les tissus profonds.

Fig. 25. — Analgésie pour la résection d'un métacarpien.

La figure précédente a montré l'insensibilisation de la peau; ici cette peau est incisée et les lèvres en sorte écartées. On voit, au centre du foyer opératoire, l'os, puis un peu à droite le tendon; l'aiguille de droite pousse une injection sur la droite de la partie antérieure de l'os, et cela de bas en haut, dans toute l'étendue du foyer opératoire; une traînée de cocaïne semblable sera faite parallèlement le long du bord interne de l'os; enfin, la seringue de gauche, tenue, ici, par une main, insensibilise l'os en poussant une injection entre l'os et le périoste, manœuvre qu'il ne faut pas oublier lorsqu'on veut pratiquer une ablation sous-périostée.

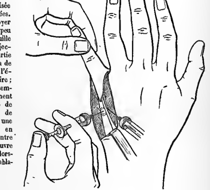


Fig. 26. — Analgésie pour l'excision d'un segment de veine variqueuse.

La figure montre la face interne de la partie inférieure de la cuisse et de la partie supérieure de la jambe; dilatation variqueuse do la saphène interne. Les aiguilles ont déposé, en allant de droite à gauche, d'abord une traînée unique, puis deux traînées cocaïniques juxtaposées de façon à recouvrir d'une zone insensible des dilatations ampullaires de la veine; on pourra ainsi exciser facilement, en même temps que le vaisseau malade, un lambeau de peau en forme de fuseau ou de losange dont l'ablation rétrécira d'autant les téguments. (Procédé de Schwartz.)

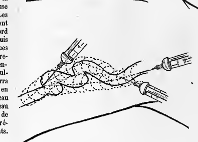
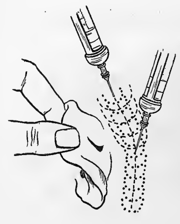
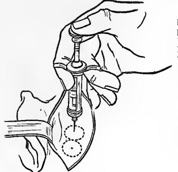


Fig. 27. — Analgésie pour la trépanation de l'apophyse mastoïde.



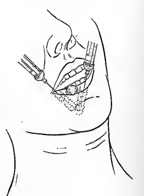
La figure montre la région mastoïdienne; un aide a relevé l'oreille pour découvrir la région. L'aiguille inférieure chemine dans l'épaisseur du derme et y dépose une traînée cocaïnique marquée ici par le pointillé étroit. La future incision portera sur cette traînée. L'aiguille supérieure a traversé la peau; elle chemine dans le tissu cellulaire souscutané et y dépose une traînée cocaïnique à ondes plus larges; elle est encore incomplète et n'occupe pour le moment que la moitié supérieure de la figure.

Fig. 28. — Analgésie pour la trépanation de l'apophyse mastoïde.



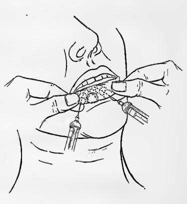
Même région que dans la figure précédente. La peau analgésiée a été sectionnée; les bords de la plaie sont écartés et l'on enfonce perpendiculairement l'aiguille à travers les tissus mous et le périoste jusqu'à ce que sa pointe soit arrêtée par l'os; on presse alors le piston avec énergie et le liquide analgésique refoulé s'insinue entre le périoste et l'os qu'il insensibilise. On peut alors, sans éveiller de douleur, couper les tissus mous et trépaner l'os.

Fig. 29. — Analgésie pour l'extirpation d'un épithélioma de la lèvre.



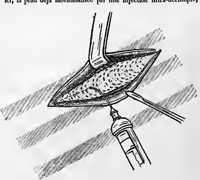
On a commencé par mettre sur le bord libre de la lèvre une lame de ouate hydrophile imbibée de cocaïne. Sur notre figure, cette lame est déjà enlevée; on pique alors successivement, en dedans et en dehors de la tumeur, la muqueuse insensibilisée; on fait la piqûre à une distance suffisante de la tumeur pour être bien sûr d'enlever tout le tissu malade et couper en tissu sain; on pousse l'aiguille qui est en dedans de haut en bas et de dedans en dehors, tandis qu'on pousse celle qui est en dehors de haut en bas et de dehors en dedans, circonscrivant ainsi un triangle à base labiale qu'excisera le bistouri. Cette injection sera faite dans l'épaisseur du derme de la peau labiale.

Fig. 30. — Analgésie pour l'extirpation d'un cancroïde de la lèvre.



L'analgésie de la face antérieure de la lèvre pratiquée ainsi que le montre la figure précédente, les deux mains d'un aide éversent cette lèvre de façon à exposer sa face interne ou muqueuse. On enfonce une première aiguille en dehors du cancroïde et on la fait cheminer non dans la muqueuse déjà analgésiée par le contact d'une lame de ouate hydrophile imbibée de solution cocaïnée, mais dans l'épaisseur des muscles. On enfonce une seconde aiguille en dedans du cancroïde, et ces deux aiguilles ont une direction telle que les traînées analgésiques qu'elles déposent forment un V ouvert en haut, semblable à celui que les aiguilles ont déjà tracé sur la face antérieure. Il ne reste plus qu'à exciser au bistouri ce V labial et à suturer.

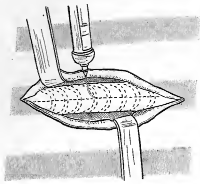
Fig. 31. — Analgésie pour l'opération de l'empyème.



Ici, la peau déjà insensibilisée par nne injection intra-dermique, a été incisée, et les bords de la plaie sont maintenus béants par un écarteur et une pince. Au milieu de l'espace intercostal, on aperçoit un pointillé large à ondes concentriques et une aiguille courbe insinuée sous l'aponévrose et qui verse une traînée analgésiante dans le tissu musculaire; aussi pourra-t-on, sans douleur, inciser cette aponévrose et ces muscles tout en se rapprochant du bord supérieur de la côte inférieure pour éviter la blessure des vaisseaux. Si la couche musculaire paraissait épaisse, il vaudrait mieux faire, dans son épaisseur, non une, mais deux injections, une sous-aponévrotique, l'autre dans la couche profonde des muscles.

Fig. 32. — Analgésie pour la résection d'une cote.

La peau, insensibilisée par une traînée intra-dermique, a déjà été incisée et les lèvres de la plaie sont écartées. On voit, dans le champ ouvert, la côte, visible dans toute sa hauteur, seule-



ment au centre de la figure; on voit même en ce point, sur l'étendue d'un centimètre environ, l'insertion des muscles intercostaux. L'aiguille courbe, insinuée sous le périoste, dépose entre lui et l'os une traînée de cocaïne qui permettra de sectionner l'os sans douleur d'un coup de costotome.

Fig. 33. — Analgésie dans la gastrostomie.

La figure nous montre l'appendice xiphoïde et le rebord des fausses côtes gauches. Déjà la peau a été insensibilisée et incisée suivant une traînée de 8 centimètres parallèle aux fausses côtes et distante d'elles de deux travers de doigt; l'aponévrose est mise à nu et nous voyons deux seringues qui cheminent sur elle pour l'analgésier, ainsi que les couches musculaires superficielles; les couches musculaires profondes devront aussi recevoir une traînée cocaïnique. Donc, pour la gastrostomie, trois plans analgésiques : peau, aponévrose et muscles superficiels, muscles profonds et péritoine pariétal.

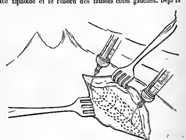


FIG. 34. — ANALGÉSIE POUR LA CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE.

La figure montre la région iliaque gauche, l'épine iliaque antérieure et supérieure, la ligne de la hanche, l'arcade de Fallope et une vague bosselure qui simule la hernie émergeant du trajet inguinal. Sur la future ligne d'incision on aperçoit deux pointillés; l'un, étroit, que termine l'aiguille inférieure; ce pointillé étroit représente notre traînée analgésique intra-dermique; l'autre pointillé, plus large, que commence seulement notre aiguille supérieure qui chemine non dans la peau comme la précédente, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané.

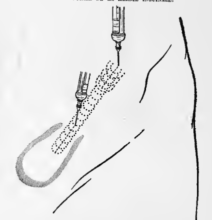
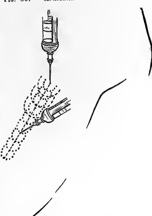


FIG. 35. — ANALGÉSIE POUR LA CURE RADICALE D'UNE HERNIE INGUINALE.

Même région que dans la figure précédente. La peau et le tissu cellulaire insensibilisés sont déjà incisés et les lèvres en sont maintenues par deux écarteurs. On voit l'aponévrose du grand oblique mise à nu et, en bas, l'orifice du trajet inguinal par où le sac de la hernie émerge des parties profondes pour devenir sous-cutané. L'aiguille supérieure, insinuée entre l'aponévrose et les muscles, chemine de haut en bas et insensibilise cette aponévrose et ces muscles qui seront incisés; l'aiguille inférieure, insinuée en dedans du collet du sac, insensibilise ce côté gauche profondément. L'aiguille pénétrera après en dehors du collet du sac pour insensibiliser ce côté externe comme il a insensibilisé l'interne. Cette double manœuvre absolument nécessaire est assez délicate, car il ne faut pas faire pénétrer l'aiguille dans les veines du cordon, abondantes en dehors et en arrière de la hernie.

Fig. 36. — Analgésie pour la création d'un anus artificiel iliaque.



La figure nous montre une région iliaque gauche, l'épine iliaque antérieure et supérieure, l'arcade de Fallope. La seringue inférieure qui chemine dans l'épaisseur du derme, termine la traînée analgésique superficielle, marquée, sur le dessin, par un pointillé étroit; la seringue supérieure qui a traversé la peau, en tissu déjà insensible, promène son aiguille dans le tissu cellulaire sous-cutané qu'elle analgésie. Cette deuxième traînée, dont il n'existe encore que la moitié supérieure, est marquée, sur le dessin, par un pointillé plus large.

Fig. 37. — Analgésie pour la création d'un anus artificiel iliaque.

Région iliaque gauche; épine iliaque antérieure et supérieure; pli de l'aine et racine de la cuisse. La peau, insensibilisée, est déjà incisée, et un écarteur maintient le bord interne de la dièrèse. L'aponévrose du grand oblique est à nu; l'aiguille courbe de la seringue supérieure a traversé l'aponévrose et chemine, au-dessous de cette aponévrose, dans l'épaisseur des muscles petit oblique et transverse. L'aiguille de la seringue inférieure achève l'insensibilisation de cette couche profonde. L'opérateur n'aura plus qu'à inciser l'aponévrose d'un coup de bistouri, écarter les fibres musculaires, faire une boutonnière au péritoine et fixer une anse de l'S iliaque au dehors.

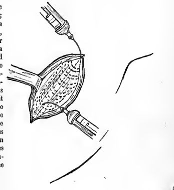


Fig. 38. — Analgésie pour l'opération de l'appendicite.

Dans cette figure nous voyons, sous la peau insensibilisée et déjà incisée, et dont les lèvres sont écartées, l'aponévrose du muscle grand oblique. La seringue d'en bas est munie d'une aiguille courbe, qui a percé l'aponévrose sous laquelle elle chemine, verse les ondes cocaïniques marquées par un pointillé. L'aiguille d'en haut, qui a déjà analgésié le tiers moyen, analgésie le tiers supérieur de telle sorte que toute l'aponévrose, visible dans le champ opératoire et la couche superficielle des muscles sous-jacents, est insensibilisée.

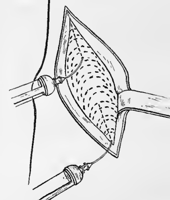
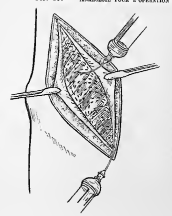
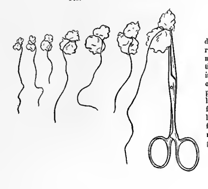


Fig. 39. — Analgésie pour l'opération de l'appendicite.



Cette seconde figure nous montre la peau et l'aponévrose du grand oblique incisées déjà et relevées par des pinces. La seringue d'en bas munie d'une aiguille courbe qui a pénétré dans les couches musculaires sous-jacentes au milieu desquelles elle chemine en versant des ondes cocaïniques marquées par un pointillé concentrique. L'analgésie des trois couches — peau, aponévrose, muscles — est terminée et le bistouri pourra inciser les tissus sans provoquer de douleur jusqu'au péritoine pariétal inclus.

Fig. 40. — Analgésie de la région ano-rectale.



1er temps : insensibilisation de la muqueuse. Cette figure représente la série des tamponnets que l'on imbibera de solution cocaïnique avant de les introduire dans le trajet anal; on commence par introduire le plus petit. Nous voyons comment la pince les saisit pour leur faire franchir l'orifice anal; on met le plus petit bout en avant. Le fil qui les étreint servira à retirer le tamponnet lorsque l'analgésie sera obtenue.

Fig. 41. — Analgésie de la région ano-rectale.



1er temps : analgésie de la muqueuse. Le patient est dans la position de la taille. Les mains d'un aide, l'une à droite, l'autre à gauche de la rainure interfessière, tirent sur la peau de façon à faire saillir l'anus et à l'entr'ouvrir. Le chirurgien, lui, tient une pince au bout de laquelle est fixé un petit tamponnet imbibé par la solution de cocaïne. Et tandis que le patient « pousse » comme s'il voulait aller à la selle, on met le tamponnet dans l'anus qui, grâce aux mains des aides, à l'effort du patient, est légèrement entr'ouvert. Alors, le patient cesse de pousser et le tamponnet est, pour ainsi dire, « dégluti », « absorbé » par l'anus dans lequel la pince le dirige jusqu'à l'ampoule rectale. Après ce premier tamponnet, on en met un deuxième de la même manière, puis un troisième; ils sont de plus en plus gros, mais pénètrent cependant de plus en plus facilement car, sous l'action de la cocaïne, la contracture du sphincter cède peu à peu.

Fig. 42. — Analgésie de la région ano-rectale.

2e temps : analgésie de la marge anale. Les deux mains de l'aide écartent toujours les fesses pour faire saillir la région ; le patient pousse aussi comme pour aller à la selle, et la muqueuse, déjà insensible, saille un peu au dehors ; on enfonce alors en haut, dans cette muqueuse insensible, l'aiguille courbe de la première seringue, et l'on presse sur le piston : l'injection commence et l'aiguille chemine de droite à gauche et de haut en bas, sous la peau marginale qu'elle analgésie dans un quart de sa circonférence ; l'aiguille est retirée, la seringue rechargée et, en amont du point où va cesser la traînée analgésique, on enfonce une deuxième fois l'aiguille qui chemine d'abord de haut en bas, puis un peu de gauche à droite, et le deuxième quart de la circonférence sera ainsi analgésié ; une troisième fois, puis une quatrième fois, l'aiguille sera plantée, cheminant maintenant de bas en haut, puis finalement de droite à gauche, de façon que, en quatre ou cinq coups, l'aiguille ait déposé sur le pourtour de l'orifice anal, sous la peau marginale, une traînée, cocaïnique ininterrompue et circulaire, une couronne analgésique.

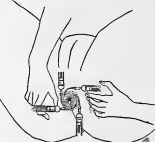


Fig. 43. — Analgésie de la région ano-rectale.

3e temps : analgésie du sphincter. Déjà la muqueuse et la peau marginale sont insensibilisées ; pour analgésier le sphincter, l'opérateur introduit l'index gauche dans l'anus déjà béant, puis, à travers la peau marginale insensible, il pousse, perpendiculairement à sa surface, l'aiguille, et la fait cheminer grâce au doigt intra-rectal qui la sent à travers la muqueuse, dans l'épaisseur du sphincter et de la couche musculaire. Cette aiguille dépose ainsi une première traînée de cocaïne, puis, par une nouvelle piqûre faite à 1 centimètre de la première, une seconde traînée, puis une troisième, une quatrième, une cinquième et une sixième ; ces six traînées se rejoignent l'une l'autre par leurs bords, de sorte que la musculeuse ano-rectale contient une nappe analgésiée.

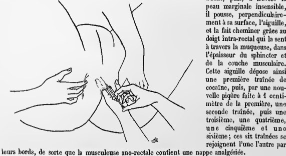


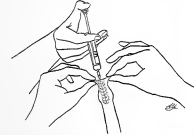
Fig. 44. — Analgésie pour la circoncision.

Les deux mains d'un aide saisissent à droite et à gauche le prépuce, l'élèvent en l'évasant de façon à le transformer en une petite cupule où l'opérateur verse la solution cocaïnique contenue dans la seringue. Malheureusement la muqueuse préputiale est, dans sa plus grande étendue, étroitement appliquée contre la muqueuse du gland; le liquide n'est donc pas au contact de ces deux muqueuses jusqu'à la rainure balano-préputiale, et si l'on veut que le contact, et par conséquent l'insensibilisation, ait lieu, il faut pousser, par l'orifice préputial, de petits nuages de ouate hydrophile qu'une sonde cannelée insinue entre les deux muqueuses, ou bien commencer l'incision antérieure que nous étudierons dans la figure qui suit; cette brèche suffit pour « décaloter » le gland; les deux muqueuses sont alors exposées et il devient facile de recouvrir l'une et l'autre d'une lame de ouate hydrophile imbibée de cocaïne.



Fig. 45. — Analgésie pour la circoncision.

Comme dans la figure précédente, un aide tient de ses deux mains le prépuce soulevé et évasé en cupule; deux pinces pourraient avantageusement remplacer ces mains encombrantes; l'opérateur plonge alors la pointe de son aiguille sur le rebord du prépuce, dans sa portion



supérieure; il la fait cheminer d'avant en arrière jusque un peu au delà de la rainure balano-préputiale, de façon à déposer une traînée analgésique entre la peau et la muqueuse. Cette traînée est marquée ici par le pointillé habituel; c'est lui que suivront les ciseaux pour inciser le prépuce et mettre le gland à nu.

Fig. 46. — Analgésie pour la circoncision.

Ici l'incision dorsale est déjà pratiquée et s'il s'agit maintenant de couper les deux « oreilles » pendantes de chaque côté du gland; on les soutient chacune avec une pince et puis, dans la tranche des tissus, près de l'extrémité postérieure de l'incision dorsale, on introduit l'aiguille entre peau et muqueuse et l'on dépose une traînée analgésique, en demi-tour d'hélice, qui vient aboutir, en haut et en arrière, au niveau du pénis. Même manœuvre du côté opposé. On peut voir, sur la figure, les deux seringues dont les deux aiguilles ont déposé déjà la traînée cocaïnique entre la muqueuse et la peau. Un coup de ciseau fera tomber ces deux oreilles.

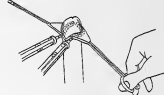
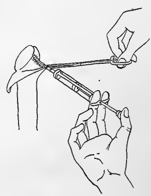


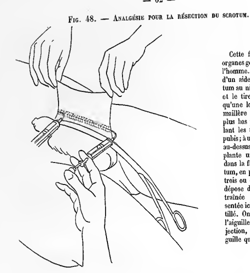
Fig. 47. — Analgésie pour la circoncision.

Cette quatrième figure montre un des temps les plus importants de l'analgésie : l'insensibilisation du frein qu'il faudra lier. Pour obtenir l'analgésie de cette région infiniment sensible, on fait pénétrer l'aiguille, en arrière, en un point déjà insensibilisé par les manœuvres repré-



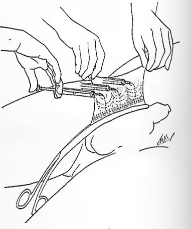
sentées dans la figure précédente. L'aiguille chemine entre les deux replis du frein distendu par le liquide; on poussera l'aiguille jusque dans les couches superficielles du gland pour insensibiliser sa face postérieure, car, après la section du frein, il faudra parfois, pour tarir la petite hémorragie qu'elle provoque, y placer une ligature. Pour terminer l'opération, il ne reste qu'à suturer peau et muqueuse.

Fig. 48. — Analgésie pour la résection du scrotum.



Cette figure montre les organes génitaux externes de l'homme. Les deux mains d'un aide ont saisi le scrotum au niveau de son raphé et le tirent en haut tandis qu'une longue pince à crémaillère est appliquée, le plus bas possible, en refoulant les testicules contre le pubis; à un demi-centimètre au-dessus de la pince, on plante une aiguille courbe dans la face droite du scrotum, en plein derme, et, en trois ou quatre reprises, on dépose dans ce derme une traînée analgésique représentée ici par un étroit pointillé. On aperçoit à droite l'aiguille qui commence l'injection, et à gauche l'aiguille qui la finit.

Fig. 49. — Analgésie pour la résection du scrotum.



Même figure que la précédente, mais ici le scrotum est vu du côté gauche. Le scrotum était déjà saisi et tiré, la pince bien appliquée pour l'analgésie de la face droite; on pratique de même, sur la face gauche, une traînée cocaïnique semblable et parallèle à celle de la face droite et que marque sur la figure le pointillé étroit. Puis, lorsque cette seconde traînée est faite, il faut, pour que la résection scrotale soit indolore, insensibiliser les tissus entre les deux faces du scrotum; on plonge alors l'aiguille courbe au travers de la peau et on la fait cheminer de haut en bas, entre la face droite et la face gauche, ainsi que l'indiquent les trois seringues; le pointillé large représente les ondes cocaïniques profondes qu'elles laissent entre les deux faces du scrotum. On peut alors exciser le scrotum sur la traînée analgésique; la section sera indolore.

Fig. 50.

Analgésie pour la résection du scrotum.

Mais avant de pratiquer cette résection, il faudra, dès que seront déposées les traînées analgésiques de la face droite, de la face gauche et des tissus intermédiaires, placer en pleine ligne anesthésique des crins de Florence très rapprochés les uns des autres et qui auront pour double usage d'assurer l'hémostase et d'unir les deux lèvres de la plaie; pour que cette suture soit bonne et cette hémostase suffisante, il est nécessaire de laisser au-dessus des fils à peu près 1 centimètre de peau.

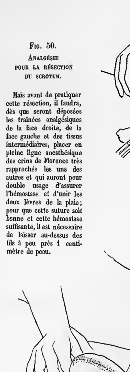


Fig. 51.

Analgésie pour la cure radicale de l'hydrocèle.

La figure montre une bourse gauche distendue par un hydrocèle, soulevée et bien mise en saillie par les mains d'un aide. Un pointillé simule l'injection intra-dermique de la solution de cocaïne. Le bistouri suivra cette ligne insensibilisée pour mettre à nu la vaginale. Cette unique traînée suffira, sauf dans les cas où la vaginale est épaissie et enflammée ; dans ces cas, une injection dans l'épaisseur de la fibreuse et de la vaginale hypertrophiée deviendrait nécessaire.

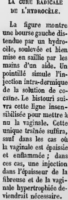
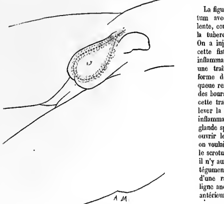


Fig. 52. — Analgésie pour la castration.



La figure montre un scrotum avec une fistule purulente, comme il y en a dans la tuberculose du testicule. On a injecté tout autour de cette fistule et du placard inflammatoire qui la supporte, une traînée analgésique en forme de raquette dont la queue remonte vers la racine des bourses. Le bistouri suivra cette traînée de façon à enlever la fistule et le placard inflammatoire et à mettre la glande spermatique à nu sans ouvrir le foyer purulent. Si on voulait faire la castration, le scrotum étant sain, comme il n'y aurait pas d'excision de téguments, on ferait, au lieu d'une raquette, une simple ligne anesthésique à la partie antérieure du scrotum.

Fig. 53. — Analgésie pour la castration.

La figure précédente nous a montré l'analgésie de la peau qui permet de couper les tuniques d'enveloppe jusqu'à la fibreuse et la vaginale et de mettre à nu la glande sans provoquer de douleur. Mais la glande est maintenue par un pédicule sensible, le cordon. Cette nouvelle figure montre comment on l'analgésie. On le saisit entre le pouce et l'index au niveau de la queue de la raquette et en ce point on enfonce l'aiguille qui poussera, dans le cordon, le liquide analgésiant. Mais ici, plus encore qu'ailleurs, il faudra faire cheminer l'aiguille en pressant sur le piston; les veines sont très nombreuses et il ne faudrait pas verser la cocaïne dans une veine. Cette injection faite à travers la peau n'est pas toujours suffisante, et souvent le mieux est, quand l'incision des téguments est faite et que le cordon est sous les doigts et sous les yeux, d'y pousser une nouvelle injection moins aveugle. C'est au-dessous du point injecté qu'on posera la ligature et qu'on sectionnera le cordon. La glande, séparée de tous les tissus, reste alors dans la main de l'opérateur

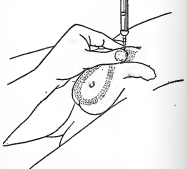
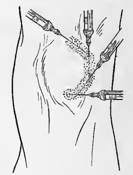
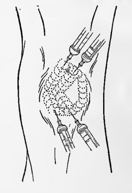


Fig. 54. — Analgésie pour l'extirpation d'un hygroma prérotulien.



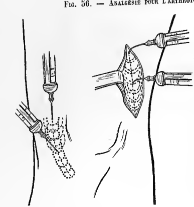
Membre inférieur gauche. La figure montre une traînée analgésique dans la peau qui recouvre la demi-circonférence externe de la tumeur. La première seringue, en haut, a insensibilisé le premier quart de la traînée; la deuxième seringue, dont l'aiguille a pénétré dans la peau en amont du point terminal de la première injection, a insensibilisé le deuxième quart; manœuvre semblable pour anesthésier les troisième et quatrième quarts du trajet que parcourera la future incision cutanée.

Fig. 55. — Analgésie pour l'extirpation d'un hygroma prérotulien.



La figure nous montre la traînée analgésique externe à pointillé étroit déposée dans la précédente figure et suivant laquelle on incisera la peau pour énucléer la tumeur; ici nous voyons les aiguilles qui ont traversé la peau insensible du pointillé externe injecter, en cheminant dans le tissu cellulaire sous-cutané, des ondes cocaïniques marquées par un pointillé plus large et qui permettront de séparer sans douleur la tumeur des tissus qui l'environnent. Si on craignait qu'à la face profonde la dissection ne soit pas indolore, rien ne serait plus facile que d'insinuer une aiguille sous cette face profonde et d'y injecter un peu de liquide.

Fig. 56. — Analgésie pour l'arthrotomie du genou.



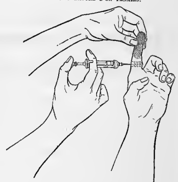
La figure montre la face antérieure du genou gauche où se dessinent vaguement la rotule et le ligament rotulien. En haut et en dehors, on voit que l'incision externe et supérieure est déjà amorcée; la peau insensibilisée est ouverte et l'aponévrose apparaît; les aiguilles courbes de deux seringues ont cheminé sous cette aponévrose, de façon à rendre indolore la section de cette épaisse couche de tissu et la pénétration dans l'article. En bas et en dedans, on voit une première traînée cocaïnique, celle-là complète, marquée sous la peau par le pointillé étroit, et une seconde traînée sous-cutanée, celle-là incomplète, marquée par un pointillé dont les ondes sont plus larges.

Fig. 57. — Analgésie régionale pour l'ouverture d'un panaris.

La figure montre un index atteint de panaris. D'un coup sec, on fait pénétrer l'aiguille à travers la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané et l'on y verse, en poussant le piston, le contenu de la seringue; l'aiguille chemine lentement, perpendiculairement à l'axe du doigt; elle parcourt ainsi, sous la peau, le quart de la circonférence du doigt — dans notre figure le quart externe —. La peau se soulève et blanchit; si le contenu d'une seringue n'assurait pas ces résultats, on laisserait l'aiguille en place et on séparerait la seringue que l'on emplirait de nouveau; on l'ajusterait de nouveau à l'aiguille et on injecterait le contenu dans ce quart externe qui, cette fois, bomberait sous la pression du liquide et prendrait une teinte livide.

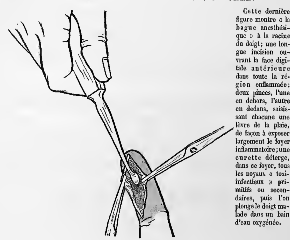


Fig. 58. — Analgésie régionale pour l'ouverture d'un panaris.



La figure précédente nous a montré comment on analgésie le premier quart de la circonférence du doigt à sa base; celle-ci met sous nos yeux l'analgésie du second quart, — ici la face antérieure de l'index. — En général, la peau est déjà tendue par l'injection du premier quart et le contenu d'une seule seringue suffit pour soulever un deuxième quart et amener l'ischémie de la peau. Il n'est pas besoin de nouvelles figures pour montrer l'analgésie des troisième et quatrième quarts de la circonférence de la base du doigt, et nous voyons maintenant comment on dépose dans les tissus sous-cutanés « la bague analgésique » qui livre à l'opérateur le doigt insensible.

Fig. 59. — Analgésie régionale pour l'ouverture d'un panaris.



Cette dernière figure montre « la bague anesthésique » à la racine du doigt; une longue incision ouvrant la face digitale antérieure dans toute la région enflammée; deux pinces, l'une en dehors, l'autre en dedans, saisissant chacune une lèvre de la plaie, de façon à exposer largement le foyer inflammatoire; une curette déterge, dans ce foyer, tous les noyaux « toxi-infectieux » primitifs ou secondaires, puis l'on plonge le doigt malade dans un bain d'eau oxygénée.

CHAPITRE II

CONTRIBUTION A LA CHIRURGIE CONSERVATRICE

Traitement des grands écrasements des membres.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 65, 1894.)

« Je propose de traiter, comme les écrasements de la main, ces vastes écrasements des membres, qui s'accompagnent presque toujours de choc et d'hypothermie. On se résignait naguère aux énormes sacrifices que l'amputation réclame dans ces cas, par crainte de la septicémie et de toutes les complications des plaies. Maintenant l'antisepsie est assez puissante pour écarter ces accidents, et nous devons renoncer à notre vieille pratique, redoutable, car les amputations traumatiques sont encore, dans l'ère actuelle, d'une exceptionnelle gravité. Le blessé sera réchauffé, stimulé par des injections sous-cutanées; le foyer traumatique sera fouillé dans ses moindres interstices, dans ses plus petites anfractuosités, par un jet d'eau à une température de 60 degrés. Puis les chairs seront drainées, embaumées et ramassées sous un pansement compressif. Vous savez, par les exemples que je vous ai cités, les merveilleux succès que vous pouvez obtenir par cette conservation à outrance. »

De la conservation syetématique dans les écrasements des membres.

(*Revue de chirurgie*, janvier 1896.)

Les conclusions de ce travail, qui proscrit l'amputation primitive et qui prescrit « l'embaumement » du membre écrasé, ont provoqué d'assez vives polémiques et obtenu l'adhésion de quelques-uns de nos collègues.

Traitement des écrasements dee doigts.

(*Clinique de la Charité sur la Chirurgie journalière*, p. 493, 1909.)

Nous montrons l'évolution qui s'est faite dans notre esprit. Nous étions

parti de la doctrine de nos maîtres Trélat et Verneuil sur l'abstention systématique dans les traumatismes des mains pour l'étendre aux grands écrasements des membres où, eux, pratiquaient encore l'amputation. Certes, nous continuons à maintenir notre règle de la conservation à outrance qui, grâce à l'antisepsie, peut sauver des membres ou des portions de membres qu'on sacrifiait autrefois par une intervention dangereuse, trop souvent mortelle chez les blessés frappés de choc traumatique. Nous persistons d'autant plus dans notre opinion que de magnifiques succès nous y convient, succès qu'ont obtenus, en adoptant notre méthode, plusieurs de nos collègues les plus éminents. Mais la pratique des expertises dans les accidents du travail nous apprend, par contre, que la conservation à outrance des doigts que nous avait apprise nos maîtres, présente souvent de graves inconvénients, car, après des mois et des mois de pansements délicats pour sauver quelques phalanges on obtient un doigt raide, enkylosé, maintenu dans une position vicieuse, et tous ces soins et ce temps perdu aboutissent en définitive à une amputation pour enlever un organe qui, loin d'être utile, est une entrave au travail.

De l'eau chaude en chirurgie.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 55, 1888 et *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 49, 1894.)

J'essaie de démontrer, en m'appuyant sur ma pratique et sur mes observations, l'utilité de l'eau à la température de 50 à 55 degrés centigrades dans les pansements, au cours des opérations, dans le traitement des plaies ulcéreuses et dans les phlogoses; les lavements d'eau chaude dans les hémorrhoïdes rendent aussi de grands services; ces mêmes lavements constituent le traitement le meilleur des prostatites aiguës, et cette méthode, que j'ai le premier préconisée, semble, à cette heure, généralement acceptée; c'est à ces mêmes lavements, enfin, que j'ai recours dans les inflammations des organes génitaux de la femme; les gynécologues, en pareil cas, prescrivent les irrigations vaginales; je puis conclure, d'un grand nombre de faits personnels, que les lavements leur

sont très supérieurs, ce que l'anatomie nous explique suffisamment, car l'utérus est plus accessible par le rectum que par le vagin et baigne, pour ainsi dire, lui et ses annexes, dans l'ampoule rectale distendue par l'eau chaude. Aussi « avant d'avoir recours à l'hystérectomie vaginale ou à la laparotomie dans les lésions inflammatoires des annexes, il est sage de surseoir quelque temps pour voir ce que donne le traitement rationnel par les lavements à 55 degrés centigrades. »

L'eau chaude en chirurgie.

(*Clinique de la Charité sur la Chirurgie journalière*, p. 35, 1909.)

Après avoir montré son utilité pour le lavage des mains avant chaque opération, nous montrons combien elle est utile dans le traitement des grands écrasements des membres ; elle est hémostatique, antiseptique et réchauffe le blessé refroidi par le choc traumatique. Elle joue un rôle capital dans le traitement de l'entorse dont elle active la guérison, dans les hémorrhoïdes, les prostatites, dans les inflammations superficielles, furoncle, anthrax, érysipèle, panaris, lymphangite, phlegmon. Elle agit aussi dans les inflammations chroniques, dans les plaies ulcéreuses, dans les engelures et surtout dans les congestions et les phlogoses de l'appareil génital interne de la femme.

De l'eau chaude en gynécologie.

(*Journal des Praticiens*, 17 avril 1909.)

A propos d'une communication du Dr Richelot à l'Académie de Médecine sur « le traitement de Luxeuil », nous rappelons que nous avions commencé notre apostolat, juste il y a 28 ans, époque où j'appris les bienfaits qu'Emmet avait retirés de la méthode. Mais elle ne vaut que par la stricte observance de sa technique dont je trace les principales règles : la principale est de substituer aux injections vaginales, qui n'atteignent pas le vagin et le col de l'utérus, les lavements qui baignent la matrice,

les ovaires, les trompes et leur pédicule vasculo-nerveux. J'y ai recours, non pas comme trop de nos confrères quand les malades refusent l'intervention chirurgicale, mais d'abord, et sans l'arrière-pensée d'une opération que la guérison rendra inutile. Nous citons les observations de malades qu'on veut châtrer, qui s'y opposent pour conserver la possibilité d'avoir des enfants : elles se soumettent au traitement et au bout d'un temps variable une grossesse survient. Et je termine en disant qu'on n'a pas à s'embarrasser dans l'énumération des cas où les lavements à 50 degrés paraissent indiqués : « Comme il n'y a guère d'affection utéro-ovarienne que ne complique un état congestif, on peut prescrire l'eau chaude dans toutes ces affections et si elle ne les guérit pas toutes, il n'en est guère qu'elle n'améliore.

L'eau chaude et la méthode de Bier

(*Journal des Praticiens*, 28 août 1909.)

« ... J'ai voulu simplement vous montrer que l'hyperémie active produite par l'eau chaude valait, dans nombre de cas, l'hyperémie passive de la bande élastique et de la ventouse et qu'il est de bonne thérapeutique de bien connaître les ressources que l'une et l'autre pourraient nous offrir. Et même l'une complètera l'autre, car malgré l'ingéniosité de son matériel, Bier n'a pas encore imaginé un appareil pour provoquer l'hyperémie des organes du petit bassin. Noter eau chaude y supplée.... »

La teinture d'iode et la chirurgie d'armée

(*Revue Scientifique du* 26 juin 1909).

Nous rapportons, d'après les publications du médecin militaire Follenfant, la pratique des médecins russes qui, dans la guerre de Mandchourie, se sont contentés de badigeonner de teinture d'iode les bords, l'orifice des plaies et le trajet lui-même. Les résultats en ont été surprenants et marquent les débuts d'une ère nouvelle pour la chirurgie d'armée. Déjà nous prenons acte de ces succès et nous rapportons que dans les plaies par

écrasement de nos ouvriers à peau épaissie, fendillée par le travail, couverte de cambouis, indécrassable, il serait meilleur, au lieu de perdre du temps à essayer cette tache impossible, de badigeonner simplement la peau avec de la teinture d'iode.

Les plaies de la main et la teinture d'iode.

(*Communication à l'Académie de médecine*, 3 mai 1910.)

Nous donnons notre technique du pansement des plaies de la main par la teinture d'iode, nous montrons la nécessité de ne pas recourir d'abord au lavage et au savonnage de la main; l'application directe de la teinture est beaucoup plus efficace. La teinture doit être neuve; vieillie, elle contient de l'acide iodhydrique qui peut brûler la peau. Je cite plusieurs cas de guérison remarquable et rapide et j'insiste sur ce fait nouveau que, par ce traitement, on évite ces œdèmes inflammatoires, ces infiltrations séreuses, ces raideurs des articulations et des tendons, cette atrophie des muscles que l'on observait toujours avec les anciennes méthodes. La main reste souple et le blessé, sitôt la cicatrisation obtenue, peut reprendre son travail évitant cette interminable période de chômage si préjudiciable à l'ouvrier et au patron, et qui constitue ce qu'on nomme juridiquement « la consolidation de la blessure ».

La teinture d'iode et les plaies de la main dans les accidents du travail.

(*Journal des praticiens*, 27 avril 1910.)

Dans ce travail, je multiplie les exemples de succès obtenus par la teinture d'iode — et il y en a de vraiment extraordinaires; — j'insiste sur la technique du pansement, le renouvellement quotidien et même bi-quotidien du badigeonnage tant que les sécrétions sont abondantes; lorsqu'elles sont taries, les applications deviendront beaucoup plus rares. Les plaies devront être cependant surveillées de très près, car souvent il se fait des croûtes dues à l'accumulation des déchets épidermiques et à la concré-

tion des exsudats, sous lesquelles du pus peut s'accumuler, et rester ou devenir virulent, protégé qu'il est contre la teinture d'iode par cette croûte souvent très épaisse.

La teinture d'iode et l'antisepsie.
(*Presse médicale*, 15 février 1911.)

Ce travail débute par un historique qui commence à Cointet de Genève en 1820 et finit à la période actuelle, en passant par Velpeau, par Boinet et son grand traité d'Iodothérapie publié en 1855, par Davaine en 1873, par Grossich, et par Walther. Puis je démontre que la teinture d'iode est l'antiseptique *le plus facile à manier*, *le moins dangereux et le plus puissant.*

La teinture d'iode et l'antisepsie.
(*Journal des praticiens*, 30 décembre 1911.)

Dans cette conférence, qui reflète les enseignements de « une année d'expériences nouvelles et d'abondantes observations », j'énumère les moyens de ne recourir qu'à une teinture d'iode « innocente et efficace ». Le meilleur consiste à la fabriquer soi-même, ce qui est extrêmement simple et doit se faire dans tous les services d'hôpital et dans tous les dispensaires. En règle générale nous n'employons ni la teinture du Codex ancien — 12 grammes d'alcool à 90° pour 1 gramme d'iode — ni celle du nouveau Codex — 9 grammes d'alcool à 95° pour 1 gramme d'iode ; — la nôtre comprend 15 grammes d'alcool à 95°, pour un seul gramme d'iode : les résultats qu'elle nous donne sont excellents. Passant à la partie clinique je montre que la teinture d'iode est non seulement l'antiseptique de choix, mais pour ainsi dire l'antiseptique unique dans mon service de l'Hôtel-Dieu ; seules, les brûlures étendues échappent à son emploi — je multiplie encore les observations de plaies récentes — et je reviens à mon traitement conservateur des phlegmons circonscrits et des phlegmons diffus : ponction au thermocautère et introduction de teinture d'iode dans chaque orifice creusé par le platine

rougi. Depuis ce travail, nous avons reçu à l'Hôtel-Dieu, du 5 octobre au 31 décembre 1911, dix cas de phlegmons diffus graves traités par cette méthode et les résultats en sont surprenants : la diffusion inflammatoire est arrêtée dès la première intervention; l'œdème disparaît, la guérison est très rapide et, comme dans le traitement des plaies fraîches, les articulations restent souples et les tendons continuent à glisser dans leur gaine : dès que la cicatrisation est obtenue, le membre peut se remettre au travail.

Traitement des blessures par balle de revolver.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu,* p. 1, 1888.)

« En somme notre traitement est l'abstention systématique : nous professons qu'on ne doit point s'occuper du *projectile,* tout au plus l'enlèvera-t-on lorsqu'il est, pour ainsi dire, à fleur de peau, sous le doigt ou l'instrument du chirurgien et qu'aucune incision, aucun délabrement nouveau n'est nécessaire pour le saisir; dans les plaies simples, à un seul orifice, l'absence d'exploration du trajet et l'abandon de la balle en pleine chair, doivent être la règle à peu près immuable; il en est absolument de même lorsqu'une grande cavité splanchnique est ouverte, le crâne, le thorax ou l'abdomen; les interventions que nous admettons alors ont pour but, non l'extraction du projectile qui, on le sait, s'enkyste le plus souvent, mais la réparation d'une lésion causée par son passage, ouverture d'un vaisseau, section d'un nerf ou d'un tendon, déchirure d'un réservoir naturel, estomac, intestin ou vessie. En tout cas, dans les plaies simples par balles de revolver, ce n'est pas le projectile, c'est le chirurgien qui le plus souvent crée le danger par ses manœuvres intempestives. »

Traitement des blessures par balle de revolver.

(*Clinique de la Charité sur la chirurgie journalière,* p. 54, 1909.)

« Malgré l'antisepsie et malgré les rayons de Rœntgen, qui ont rendu moins dangereux et plus facile la recherche des projectiles, nous mainte-

nons que la pratique la meilleure consiste à s'abstenir systématiquement et à ne pas extraire les corps étrangers métalliques perdus en pleine chair. »

Maladie kystique de la mamelle.

(*Revue de Chirurgie*, t. III, p. 761, octobre 1883, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 545, 1884.)

Nous avons expliqué, dans notre avant-propos, pourquoi nous rangeons les maladies kystiques sous la rubrique chirurgie conservatrice.

« Rien n'est plus commun que les kystes de la mamelle ; il est peu de tumeurs bénignes ou malignes qui ne leur donnent naissance et des fibromes ou carcinomes, tous les tissus pathologiques du sein peuvent se creuser de cavités dont la forme, le volume et la nature varient à l'infini. Ces néoplasies sont connues : parmi elles cependant il est une affection fréquente, si nous en croyons notre courte expérience, qui n'aurait pas encore été l'objet d'une description spéciale. Nous proposerions de l'appeler la *maladie kystique* des mamelles.

« Elle présente deux caractères bien nets : d'abord les kystes, en nombre considérable, occupent la glande tout entière. Or d'habitude il n'en est pas ainsi, et les cavités se développent au milieu d'une tumeur, sarcome, épithélioma, carcinome qui, quel qu'en soit le volume, n'atteint guère qu'une partie de la mamelle saine ou des autres points. Ici, la glande est partout envahie, et de la périphérie au centre on trouve des kystes épars dans tous les lobes. Le second caractère n'est pas moins singulier : dans cette affection particulière les kystes sont bilatéraux. On sait combien sont exceptionnelles les néoplasies qui siègent à la fois dans les deux glandes. Ici les deux mamelles sont atteintes, et, simultanément ou consécutivement, des cavités apparaissent et se développent dans les deux seins.... »

Un premier point fort remarquable est l'absence de tumeurs au sens propre du mot : l'existence d'un kyste volumineux avait fait penser à des cliniciens tels que Broca, Verneuil et Terrier, qu'un néoplasme s'était

développé dans les mamelles, mais la dissection nous prouve qu'il s'agit de cavités éparses dans le parenchyme et entourées de tissu d'une résistance, d'une coloration et d'une structure normales. Nous avons donc affaire non à une tumeur limitée, mais à une glande saine en apparence et dont les acini et les conduits sont dilatés par une formation kystique. L'examen microscopique, pratiqué par M. Malassez et par M. Brissaud, l'altération de l'épithélium intra-glandulaire, permettent de classer l'affection dont il s'agit dans la catégorie des épithélioma kystiques. Aussi l'intervention du chirurgien nous paraît de rigueur et l'extirpation doit être totale.

Maladie kystique de la mamelle.

(*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, février 1888.)

Une très importante discussion s'élève à propos d'un malade présenté par nous et atteint de maladie kystique de la mamelle. L'accord ne put se faire sur la nature des kystes et leur origine, mais le syndrome clinique est accepté par tous les orateurs.

Maladie kystique de la mamelle; Maladie kystique et maladie noueuse.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 390; *ibidem*, p. 405, 1888.)

« Nous n'avons pas une tumeur kystique, mais des kystes semés dans la mamelle, envahie de la périphérie au centre; la lésion atteint les deux glandes et les kystes sont bilatéraux; souvent ils passent inaperçus dans une des deux mamelles, mais une palpation attentive me les a toujours fait découvrir dans mes onze observations personnelles. La dureté, la résistance ligneuse que présentent ces kystes, même lorsqu'ils atteignent le volume d'une noix ou d'un œuf, est vraiment déconcertante et l'absence absolue de fluctuation ferait croire à une tumeur solide; la ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz vous démontrera l'existence du liquide. Ce procédé est élémentaire; on n'y a cependant presque

jamais recours, tant le chirurgien se croit certain d'être en présence d'une néoplasie massive. Pour ma part, je dirai : Ne faites pas un diagnostic de tumeur mammaire sans le contrôler par la ponction.

« Le microscope permet de suivre le développement du travail pathologique. Dans les culs-de-sac glandulaires, presque intacts, l'épithélium a perdu tout au plus sa forme cubique et a subi une dégénérescence granulo-graisseuse ; dans les acini voisins et déjà plus malades, des cellules cubiques tapissent encore la paroi du petit kyste, mais la cavité distendue est remplie par des cellules épithéliales anguleuses, irrégulières, polydriques et dites par Malassez cellules métatypiques. Les éléments polymorphes s'accumulent, leur masse est délayée par un liquide que la paroi sécrète sans doute, et c'est ainsi que, par accroissement progressif, se forment des cavités volumineuses qui atteignent les dimensions d'une noix, d'un œuf ou même, comme dans un cas de Maunoury, d'une tête d'enfant. Ces masses épithéliales renfermées dans des acini ont-elles pu franchir la paroi du cul-de-sac et se diffuser au milieu du tissu conjonctif? Malassez ne l'a jamais observé. Brissaud est moins affirmatif. En certains endroits il a trouvé des lésions très avancées, des cellules atypiques distendant les cavités glandulaires, et l'étape était très courte qu'elles avaient à parcourir pour désagréger la paroi et devenir un de ces épithéliomas de nature franchement maligne bien connus depuis les travaux de Waldeyer et Malassez.

« Par bonheur la clinique ne semble pas confirmer cette opinion peu rassurante ; aucune de nos opérées n'a récidivé ; aussi ma doctrine thérapeutique est encore assez flottante, et si, en principe, je suis pour l'ablation des glandes malades, je n'ose insister avec vigueur, et lorsque la femme est jeune encore, je conseille l'abstention jusqu'à l'âge de la ménopause ; mais à partir de cet âge, j'interviens.

Maladie kystique de la mamelle.

(Cliniques chirurgicales de la Pitié, p. 165, 1894.)

« J'ai décrit, en 1883, sous le nom de maladie kystique de la mamelle, une affection que M. Verneuil, toujours ingénieux à trouver un joint pour

mettre en relief ses élèves, appelle « la maladie de Reclus ». Le type clinique en est, à cette heure, généralement accepté, mais l'anatomie pathologique est loin d'en être fixée. Les analyses microscopiques pratiquées sur nos premières pièces par M. Brissaud et par M. Malassez ont été contestées, et MM. Quénu, Toupet, Pierre Delbet ont émis des opinions contradictoires. Je n'ai pas qualité pour juger le débat, mais je puis exposer les documents du litige et profiter de cette occasion pour vous donner un aperçu général de cette maladie dont, en moins d'un mois, quatre cas viennent de passer sous nos yeux.

« Quelle est l'origine de ces kystes? Ici commence le grand débat, et nous nous trouvons en présence de quatre hypothèses : celle que j'ai exposée dans mon premier mémoire, d'après MM. Brissaud et Malassez : notre maladie serait, en définitive, un épithélioma kystique intra-acineux ; celle de MM. Quénu et Pierre Delbet, qui la regardent comme une variété de mastite chronique, une sorte de cirrhose épithéliale ; celle de M. Bard : pour lui, « il existe une maladie kystique essentielle qu'on retrouve dans tous les organes glandulaires aussi bien que dans la mamelle : elle est caractérisée par la dilatation simple des acini ou des canaux excréteurs se produisant sous la simple influence de la pression normale des liquides qu'ils contiennent. Elle constitue ainsi un véritable angiome glandulaire. Cette dilatation, pour se produire, demande une prédisposition morbide spéciale de la paroi des tubes glandulaires. Cette prédisposition, d'origine congénitale, consiste sans doute dans un défaut de qualité de la substance fondamentale qui la constitue ». Enfin la quatrième opinion est celle de MM. Toupet et Rochard, pour qui la maladie kystique traduisait tantôt une dégénérescence épithéliale véritable, tantôt un processus inflammatoire chronique.

M. Toupet, dans un intéressant mémoire publié en 1890 par la *Semaine médicale*, analyse trois pièces qui lui avaient été envoyées avec le diagnostic « maladie kystique ». Or, dans l'un des cas, il s'agissait d'une mammite chronique simple ; dans le second, d'une mammite chronique avec lésion conjonctive intra et péricanaliculaire ; enfin, dans le troisième, d'un véritable épithélioma cylindrique. « Il nous semble donc avéré, ajoute M. Toupet, que le type clinique de la maladie kystique

des mamelles comprend des types histologiques différents ». D'après lui, ses deux premiers faits peuvent être rapprochés l'un de l'autre et correspondent à la description et aux dessins publiés par M. Brissaud. Seulement, au lieu de les qualifier d'épithélioma kystique intra-acineux, comme ce dernier, il les appelle mammite chronique « parce qu'il s'agit là d'un processus inflammatoire simple plutôt que d'un processus néoplasique », — opinion que nous retrouverons défendue par MM. Quénu et Pierre Delbet. Le troisième fait diffère, et cet épithélioma cylindrique. s'il correspond à un cas de maladie kystique de la mamelle, compromettrait l'entité morbide que nous pensons avoir isolée. Mais les erreurs de diagnostic entre les diverses affections kystiques du sein sont possibles et même faciles, et ici nous laissons la parole à M. Pierre Delbet : « Dans les cas où l'on a constaté, soit cliniquement par les récidives ou l'infection ganglionnaire, soit anatomiquement par l'examen histologique, qu'il s'agissait d'épithélioma, la maladie de Reclus n'était pas au complet, le processus n'était pas bilatéral, ou la glande n'était pas envahie dans sa totalité, ou il existait un écoulement de sang par le mamelon ».

Sans l'avoir contrôlée d'une façon suffisante, nous accepterions volontiers cette opinion et notre syndrome au complet, notre maladie kystique, se rapporterait à une lésion unique; mais cette lésion serait susceptible de recevoir deux interprétations différentes, puisque, en se basant sur des préparations presque semblables, MM. Pierre Delbet et Quénu considèrent la tumeur comme une variété de mastite chronique, tandis que MM. Brissaud et Malassez la dénommeraient volontiers épithélioma kystique intra-acineux. Or, il n'y a pas de doute, les descriptions des uns et des autres se rapportent à des lésions identiques. Lorsqu'on suit, au microscope, le développement du travail pathologique des régions à peu près saines aux lobules les plus malades, on voit que dans les culs-de-sac glandulaires presque intacts, l'épithélium a tout au plus perdu sa forme cubique et a subi une dégénérescence granulo-graisseuse; dans les acini voisins et déjà plus malades, les cellules cubiques tapissent encore la paroi du petit kyste, mais la cavité, distendue, est remplie par des cellules épithéliales anguleuses, irrégulières, polyédriques et dites, par M. Malassez, cellules métatypiques. Ces cellules polymorphes s'accumulent ; leur

masse est délayée par un liquide que la paroi sécrète sans doute, et c'est ainsi que, par un accroissement progressif, se forment ces cavités volumineuses qui atteignent le volume d'une noix ou même d'un œuf.

Outre les altérations épithéliales des acini que nous avons décrites d'après MM. Brissaud et Malassez, mais que les défenseurs du processus inflammatoire ont reconnues aussi dans les mamelles kystiques, on trouve — et M. Pierre Delbet y insiste spécialement — une prolifération du tissu conjonctif qui forme une série d'anneaux régulièrement concentriques et encercle chaque acinus ; le tissu est d'ailleurs adulte, mais très chargé de cellules embryonnaires, surtout dans la partie la plus rapprochée des éléments glandulaires. Tantôt, c'est la prolifération épithéliale intra-acineuse qui l'emporte et tantôt la prolifération conjonctive : les éléments épithéliaux sont donc étouffés ; au milieu des zones fibreuses concentriques, on ne trouve plus que quelques cellules épithéliales dégénérées, et même, en certains points, on n'en trouve plus du tout ; l'épithélium a disparu et l'acinus est remplacé par un noyau fibreux. Point capital, « sur la même pièce et quelquefois sur le même lobule, la lésion peut évoluer de deux façons différentes : tantôt l'activité épithéliale l'emporte et l'acinus se dilate de manière à former un kyste ; tantôt, au contraire, la prolifération conjonctive, plus active, étouffe l'élément glandulaire, et l'acinus se transforme en un petit noyau fibreux ».

Lesquels ont raison et qui faut-il croire ? Or, la question est d'un intérêt puissant, car elle dictera notre conduite au point de vue thérapeutique : s'il s'agit d'une inflammation chronique simple, le chirurgien n'a qu'à s'abstenir, mais si la maladie kystique est un épithélioma, une intervention rapide est de rigueur. N'y aurait-il pas à craindre de voir la tumeur s'accroître, envahir la peau, les ganglions et finir par se généraliser ? Ce n'est donc point un débat théorique et d'un intérêt purement scientifique ou lointain. Malheureusement il est difficile de se prononcer d'une façon catégorique et, comme le dit M. Pierre Delbet, « on éprouve quelque embarras lorsqu'il s'agit de donner les raisons précises de son opinion. »

L'analogie qu'on a établie entre cette affection et les dégénérescences

kystiques de l'épididyme, l'ovaire scléro-kystique, les œufs de Naboth du col de l'utérus, les dilatations des glandules salivaires et des canalicules du rein, nous paraissent d'autant plus acceptables que la clinique a, sous nos yeux du moins, toujours témoigné en faveur de la bénignité de la maladie kystique. Il existe bien, dans la science, trois ou quatre observations où la dégénérescence carcinomateuse aurait été notée et où l'on aurait vu survenir une récidive; mais, dans ces cas, le syndrome clinique que nous avons établi n'était pas au complet et il est probable qu'il s'agissait, en définitive, de quelque erreur de diagnostic.

J'ai vu, pour ma part, plus de 50 maladies kystiques : j'en ai opéré 26, dont 11 à l'hôpital, et de celles-là je ne parlerai pas, car la plupart ont échappé à mon observation ultérieure. Mais 15 de mes malades appartiennent à la clientèle civile. J'ai déjà cité 7 d'entre elles dans mes cliniques de 1887, et je n'y reviendrai pas; je me contente de rappeler que, chez aucune d'elles, la récidive n'a été constatée. Or, ma première malade a été opérée au mois de juin 1878, et nous l'avons revue, il y a moins d'un mois, en bonne santé, malgré l'existence, chez elle, de gros fibromes utérins. Des 8 femmes que j'ai soignées de 1887 à 1892, 6 ont subi l'amputation des deux seins, à deux à trois ans d'intervalle, et 4 le même jour : 2 de mes malades, malgré la bilatéralité de la lésion, n'ont été opérées que de la mamelle distendue par des kystes plus volumineux ou plus douloureux. Eh bien! chez aucune des 6 premières malades, la récidive n'est survenue dans les cicatrices des seins enlevés, et chez les 2 opérées qui ont conservé une de leurs mamelles, cette glande n'a subi aucune dégénérescence épithéliale d'allure maligne.

De plus, dans trois cas que j'ai pu suivre et où j'ai déconseillé toute intervention chirurgicale, les mamelles atteintes ont bien changé d'aspect, certaines nodosités, à peine appréciables d'abord, ont grossi et se sont distendues, tandis que d'autres se sont affaissées, mais jamais je n'ai vu survenir les adhérences de la peau, les infiltrations voisines, les dégénérescences ganglionnaires, la cachexie, qui caractérisent les tumeurs malignes. Ces trois femmes sont jeunes, il est vrai, et l'une d'elles vient seulement de dépasser trente ans. Mais il n'en reste pas moins établi que sur 18 cas types de maladie kystique de la mamelle, je n'ai vu ni récidive

chez les opérées, ni généralisation chez les non-opérées ; c'est un argument très puissant que les partisans de l'origine inflammatoire, les fauteurs de la mammite chronique ont à leur actif, et je m'empresse, en toute justice, de leur fournir l'appoint de cette statistique.

Quelle influence cette conviction naissante va-t-elle avoir sur ma thérapeutique? Depuis longtemps déjà j'avais bien modifié la rigueur de mes premiers principes. Je déclarais ma doctrine thérapeutique comme encore flottante. Fallait-il enlever les mamelles kystiques ainsi que les anatomo-pathologistes nous y engagent, ou devait-on se fier entièrement à ces premiers renseignements de la clinique et s'abstenir d'opérer? Mais la chance à courir n'est-elle pas trop grave? Le cancer est une affection trop redoutable pour qu'on s'expose à cette chance sans nécessité absolue et j'opinais, en principe, pour l'ablation des glandes. Pourtant, ajoutais-je, je n'ose insister avec la vigueur que nous déployons lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes à brève échéance, et pour les femmes jeunes encore et dans le plein de la vie génitale, je les tiens en observation et je n'opère pas. Ainsi, depuis six ans, je surveille trois jeunes femmes dont j'ai parlé plus haut et pour lesquelles j'avais renvoyé toute idée d'opération jusqu'après l'époque de la ménopause. Et c'est cette doctrine bâtarde que j'exposai devant la Société de Chirurgie lors de la discussion que j'y soulevai sur la maladie kystique de la mamelle.

Je suis sur le point de faire un pas nouveau dans la voie de l'abstention : je vous disais que, dans le courant de ce mois, j'avais observé quatre maladies kystiques de la mamelle. Pour trois d'entre elles le diagnostic est absolument certain, le syndrome clinique se trouve au complet : la mamelle, dans toute son étendue, est farcie de kystes dont quelques-uns atteignent le volume d'une grosse noix; la bilatéralité est évidente; eh bien! quoique ces trois femmes aient quarante, quarante-six et cinquante-deux ans, j'ai conseillé l'abstention provisoire; bien que l'intervention n'ait aucune gravité, cette mutilation n'est vraiment à proposer que si elle est indispensable, et, à ce sujet, mon ancienne conviction est plus qu'ébranlée. Je garde donc mes malades sous les yeux, prêt à intervenir si l'affection — ce que je n'ai jamais vu encore — prenait une allure suspecte.

En réalité, je crois avoir isolé le premier, sous le nom de maladie kystique de la mamelle, une affection caractérisée par l'existence d'une foule de cavités grandes ou petites. D'ordinaire, leur dureté est telle qu'on croirait à des tumeurs solides; aussi est-ce seulement par la ponction exploratrice qu'on décèle la présence du liquide. Ces kystes sont semés dans toute la mamelle, et l'affection est presque toujours bilatérale. Dans les cas authentiques de cette maladie, — qui est fréquente, puisque à moi seul j'ai observé plus de trente faits de ce genre, — on trouve des lésions, toujours les mêmes, mais dont l'interprétation diffère selon les observations : pour les uns, il s'agit d'épithéliomes kystiques intra-acineux, les autres croient plutôt à une variété de mastite chronique. La clinique nous semble leur donner raison : aussi l'intervention chirurgicale, que nous préconisions dans notre premier mémoire, nous paraît-elle de plus en plus contestable.

Maladie kystique de la mamelle.

(*Cliniques de la Charité sur la Chirurgie journalière*, p. 231, 1909.)

« ... Après cet exposé, vous prévoyez mes conclusions thérapeutiques. Je n'opère que lorsqu'il y a quelque indication spéciale; douleurs très vives, — je n'en ai même observé que deux cas; — terreur du cancer augmentée chaque jour par l'accroissement que prend parfois le kyste. Mais la véritable indication pour moi est le doute que peut laisser le diagnostic et lorsque les kystes sont peu nombreux, lorsque la bilatéralité n'est pas catégorique, que l'existence de collections liquides dans la seconde glande est indécise, je soumets la malade à un examen répété, et si la nature de notre maladie ne s'affirme pas, j'opère.... »

La maladie kystique de la mamelle est-elle bénigne?

(*Cliniques de la Charité sur la Chirurgie journalière*, p. 239, 1909.)

« ... Pour résumer cette longue discussion sur la gravité de notre maladie, je dirai : Voici trente-quatre ans que j'observe cette affection

— ma première opérée vit encore — et une fois seulement j'ai vu — au bout de douze ans — se développer un cancer dans les glandes primitivement envahies par les kystes ; peut-être y eut-il dans son apparition plus qu'une simple coïncidence, mais le fait est bien loin d'être prouvé et en tout cas cet accident serait si rare que vous pourrez sans émoi faire encore le diagnostic de maladie kystique et lorsque vous l'aurez nettement établi, vous abstenir de pratiquer l'ablation de la double tumeur. »

Kystes cliniquement uniques et cancer de la mamelle.

(*Presse médicale;* n° 47, 14 juin 1911.)

« ... Plusieurs des signes essentiels de la maladie kystique paraissent manquer et l'on constate parfois l'existence d'un seul kyste apparent. Ce kyste, *cliniquement* unique, présente souvent, par sa dureté ligneuse, par son incarcération dans le tissu de la glande avec laquelle il fait corps, par l'existence fréquente d'une adénopathie axillaire, de grandes analogies avec le cancer de la mamelle et pour peu que la patiente ait dépassé quarante ans, l'erreur sera fatalement commise. Mais la ponction exploratrice, qui doit toujours être pratiquée, suffira pour éclairer le diagnostic et rassurer le chirurgien, car cette affection est essentiellement bénigne. Dans des cas, infiniment rares, elle a pu coexister avec un néoplasme malin, mais elle semble ne l'avoir jamais engendré. Aussi, doit-on s'abstenir de toute intervention sanglante et, sans doute, les merveilleuses statistiques de quelques opérateurs américains sont-elles dues à ce qu'ils amputent ces tumeurs bénignes et les inscrivent innocemment dans la colonne des tumeurs malignes.

CHAPITRE III

AUTRES TRAVAUX ORIGINAUX

Nous analyserons ici la série des travaux qui ont eu pour origine les hasards de l'observation clinique. Tous n'ont pas été, comme les précédents, mûris au cours de toute notre carrière : nous en excepterons cependant nos recherches sur les affections du testicule, de l'anus et du rectum que nous n'avons cessé de poursuivre depuis 1876, et qui ont projeté quelques clartés sur des points nouveaux, mal connus ou obscurs.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

De la réunion immédiate des tissus divisés par le thermocautère.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 19 avril 1882, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 95, 1884.)

« Il demeure établi, par ces observations, que les tissus divisés par le thermocautère peuvent se réunir par première intention. Pour que la réunion primitive n'échoue pas, l'épaisseur de l'escarre ne doit pas dépasser certaines limites. Il est non moins indispensable de préserver la plaie de toute infection septique.

Pustule maligne spontanément guérie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 20 juin 1883, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 86, 1884.)

« Nous avons observé, à l'hospice de Bicêtre, la guérison spontanée d'une pustule maligne ; le fait est rare et puise un intérêt nouveau dans les recherches dont il a été l'objet ; nous avons obtenu des inoculations positives qui nous ont permis de retrouver la bactéridie charbonneuse dans le champ du microscope ; on ne saurait donc arguer ici d'une erreur de diagnostic. »

Traitement des entorses.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 92, 1894.)

« Nous avons observé ensemble un certain nombre d'entorses graves guéries en peu de jours par un procédé dont j'ai donné la formule et qui ne me paraît pas s'être vulgarisé autant qu'il le mérite. Vous avez vu nos blessés quitter l'hôpital en se servant sans douleur et sans raideur de leur jointure forcée. Ce résultat, ils le devaient à un traitement bien simple et dont l'originalité, s'il y en a une, se borne à être une synthèse de trois méthodes qui, à cette heure, se disputent la thérapeutique de l'entorse : la balnéation prolongée et *chaude*, le massage, l'enveloppement avec la bande élastique. »

Traitement des fractures.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 80, 1894.)

Nous nous rattachons résolument à la méthode préconisée par Championnière, le massage des fractures et la mobilisation précoce des articulations voisines. « Jusqu'alors, un seul point nous préoccupait : l'immobilisation des fragments dans une bonne position ; le levier osseux est brisé, il faut en juxtaposer et en immobiliser les morceaux, car un repos rigoureux est nécessaire pour obtenir la formation régulière du cal. On ne doit pas méconnaître l'utilité de cette immobilisation, mais elle ne doit pas nous hypnotiser au point de faire négliger un autre facteur du problème : la nécessité d'entretenir la bonne nutrition des muscles, la souplesse des gaines tendineuses et des articulations voisines de la fracture. »

De la fièvre de croissance.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 137, 1888.)

« En 1878, Bouilly a publié un important mémoire où il démontre que l'appareil symptomatique, léger ou grave, de la croissance exagérée, est produit par des lésions osseuses, une inflammation plus ou moins

vive dont les degrés ascendants peuvent monter d'une simple douleur juxta-épiphysaire aux désordres des ostéomyélites diffuses. Des observations importantes d'Aubyer, de Richet, de Landouzy et de son élève Agnès Lowry sont venues confirmer cette opinion que nous venons défendre avec des faits personnels nouveaux. »

Sur une observation d'exostoses ostéogéniques.

(*Progrès médical*, 27 mars 1875 et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 171, 1884.)

Ce mémoire essaye d'établir que, sur un même os, les exostoses se développent d'ordinaire au niveau de l'épiphyse la plus fertile, et dans le point de cette épiphyse où leur accroissement rencontrera, de la part des muscles, le minimum de résistance. Il montre en outre que la forme en crochet qu'affectent la plupart de ces exostoses n'est pas due, comme on le prétendait, au mouvement des muscles voisins, mais au mode d'insertion des aponévroses d'enveloppe des membres. Ces aponévroses « viennent, au niveau des articulations, s'appliquer sur les os pour s'attacher aux saillies et aux tubérosités qu'ils présentent. Elles forment ainsi, avec la surface de l'os, un angle dont le sommet est tourné vers l'articulation et correspond au point d'insertion de l'aponévrose sur l'os. Ce n'est point vers ce sommet que se développera l'exostose ; il n'y aurait pas de place ; mais l'extrémité de la tumeur, encore cartilagineuse et molle, rencontrant l'aponévrose, se courbera sur elle et se dirigera vers l'ouverture de l'angle, c'est-à-dire dans le sens de la moindre résistance et du plus grand espace. Voilà pourquoi, sur un même os, les exostoses des deux extrémités se répondent souvent par leur pointe, tandis que, autour d'une articulation, au genou par exemple, leurs crochets présentent une direction inverse : celle du tibia s'inclinant vers le pied, celle du fémur vers la racine de la cuisse. »

États constitutionnels et microbiose.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 18, 1884.)

« Ce travail, publié il y a près de quinze ans, sous l'inspiration du professeur Verneuil, a pour but la recherche des chances d'immunité,

d'une part, de réceptivité de l'autre que crée à l'homme, considéré comme terrain de culture de germes pathogènes, son état antérieur de santé et de maladie, l'état organique particulier, les qualités spéciales des humeurs ou des solides, les propriétés durables et passagères du sang faisant de ce fluide un milieu réfractaire à la vie ou impropre à la prolifération des parasites. »

États constitutionnels et traumatismes.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 15, 1884.)

« De cet ensemble de faits se dégagent les quatre propositions suivantes, défendues par M. Verneuil : 1° La terminaison des blessures accidentelles ou chirurgicales est dominée par l'état constitutionnel du vulnéré ; 2° les maladies antérieures à l'opération modifient souvent d'une manière fâcheuse la marche du trauma opératoire, et favorisent par là l'invasion des accidents ou complications traumatiques ; 3° fréquemment, à son tour, le trauma opératoire agit sur la maladie constitutionnelle, la provoque quand elle est en germe, la rallume quand elle est éteinte, accélère son évolution et surtout aggrave ses localisations anciennes ; 4° bref, toutes choses égales d'ailleurs et les influences du milieu mises de côté, le pronostic des opérations est toujours plus grave chez les diathésiques que chez les sujets sains.... »

Des mesures propres à ménager le sang pendant les opérations chirurgicales.

(*Thèse présentée au Concours pour l'Agrégation*, Paris, 1880.)

La préface que nous transcrivons ici est un court résumé de ce travail.
« Quelles sont les mesures propres à *ménager* le sang pendant les opérations chirurgicales? C'est là un vaste champ dont nous allons, sans préambule, tracer rapidement les limites. Ménager, épargner, économiser le sang, ces trois synonymes traduisent fort bien les efforts de la chirurgie

contemporaine, pour assurer aux opérés les bénéfices de la conservation totale du sang. Nous étudierons l'ensemble des procédés qui concourent à ce résultat : toute méthode qui prévient l'effusion du liquide nourricier ou tarit l'hémorragie avant même qu'elle se produise rentre de droit dans notre thèse. Nos mesures sont donc préventives et nous écarterons tout ce qui a trait à l'arrêt ultérieur de l'écoulement sanguin.

Notre thèse aura cinq chapitres : I. — Les anciens chirurgiens, aux prises avec les terribles dangers de l'hémorragie, ne cherchaient qu'à éviter la mort de l'opéré entre les mains de l'opérateur. « L'épargne du sang » est une idée nouvelle qu'on ne pouvait dégager et réaliser que de nos jours. Pour la réaliser, il fallait les merveilleux procédés d'hémostase perfectionnés ou découverts dans ces toutes dernières années; pour le dégager, la physiologie et l'observation clinique devaient signaler le péril que crée l'effusion sanguine. Ces recherches, peu nombreuses malheureusement, sont la raison d'être do notre thèse : si la perte du sang n'était pas redoutable, à quoi bon des mesures pour la « ménager? »

II. — Cette hémorragie menace principalement les faibles et les affaiblis, vieillards, nouveau-nés, cachectiques pour qui quelques grammes de sang sont parfois une question de vie ou de mort. Elle est également dangereuse pour les hémophiles, chez qui la section du moindre vaisseau détermine souvent un écoulement incoercible. Dans ces divers cas, il faut donc, si l'opération est urgente, recourir à des méthodes spéciales dont on use également pour les tissus très vasculaires, qu'ils soient morbides comme les polypes, certains cancers, les tumeurs veineuses ou artérielles; qu'ils soient normaux comme la langue, le col utérin, le rectum, et les organes érectiles.

III. — Ces méthodes constituent l'exérèse non sanglante, qui a le précieux avantage d'oblitérer les vaisseaux en même temps que de les diviser. Le fer rouge, le thermocautère et le galvanocautère, l'écraseur linéaire, la ligature extemporanée et la ligature élastique, l'arrachement même, enfin l'infinie variété des caustiques chimiques rentrent dans cette classe importante, créée presque tout entière depuis une trentaine d'années. Comme leur histoire est très connue, nous laisserons de côté

leur manuel opératoire pour n'étudier que leur valeur comparative et leurs indications particulières.

IV. — L'exérèse sanglante n'en demeure pas moins la méthode ordinaire; mais on peut avec elle, grâce à certains moyens, assurer l'économie du sang : avant de diviser les tissus, on interrompt la circulation dans le territoire où l'on va porter le fer, par la compression digitale, les liens constricteurs à la racine des membres, les garrots et les tourniquets; ou bien encore par des pinces et des appareils qui cernent la base des tumeurs. La bande d'Esmarch provoque également l'hémostase temporaire, en même temps qu'elle refoule, du membre amputé vers le tronc, un sang autrefois perdu pour l'opéré.

V. — Si ces mesures ne peuvent être prises, le chirurgien n'est pas encore désarmé : il a recours aux ligatures préliminaires dans le foyer ou hors du foyer opératoire; ou bien, modifiant ses procédés, il cherche une voie sèche et ne coupe les gros vaisseaux que dans un dernier temps; ou encore, allant droit aux veinules et aux artérioles, il les lie avant de les diviser; et enfin il les oblitère, soit par les doigts des aides, soit par des éponges ou des pinces spéciales, et les ligatures sont différées après le dernier coup de bistouri. — Voilà comment on économise le sang dans les opérations. Nous étudierons ces moyens d'épargne, et nous déterminerons, suivant leurs indications particulières, les cas qui ressortissent à chacun d'eux.

Traitement dee cancroïdes par le chlorate de potasse.

(Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, p. 96, 1888.)

« En résumé, le chlorate de potasse vous sera utile dans les seuls cancroïdes de la peau. Encore ici, le procédé de choix est-il l'extirpation large. Vous n'aurez donc recours à ces applications que chez les vieillards trop affaiblis pour supporter une opération sanglante, chez les individus dont une maladie de cœur empêche la chloroformisation, ou chez les pusillanimes qui refusent une intervention chirurgicale, ou bien lorsque l'ulcère est très étendu, que, par exemple, il envahit tout

le cuir chevelu que l'on ne saurait scalper, une partie de la paroi thoracique, lorsqu'il est adhérent aux os sous-jacents, les côtes et les cartilages, la face interne du tibia; enfin, quand les tissus sur lesquels il repose sont en bon état; je viens de traiter et de guérir, par le chlorate, un cancroïde de la jambe qui siégeait sur un lacis variqueux dont j'avais redouté l'ouverture chez une malade âgée de quatre-vingt-un ans. »

Sarcomatoses hypodermique et viscérale.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 125, 1888.)

« Cette étude montre que notre observation — les tumeurs accessibles, hypodermiques, intra-musculaires ou viscérales, dépassent le nombre de cinquante — est à peu près isolée. Notre sarcomatose ne ressemble guère qu'au cas de Gairdner, de tous les faits celui qui s'en rapproche le plus. La différence doit être très grande entre la sarcomatose ordinaire et la nôtre, puisque M. Vidal, à qui nous avons envoyé notre malade, a pris tout d'abord ses tumeurs pour des fibromes multiples. Nous donnons donc notre observation telle qu'elle, nous gardant bien, selon les expressions dont se sert quelque part M. Perrin, de la fausser pour arriver à la faire entrer dans un type connu. »

Des accidents provoqués par les antiseptiques.

(*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 30 juillet 1886.)

Je passe en revue, dans cet article, en m'appuyant surtout sur des observations personnelles, la série des accidents que peut provoquer l'abus ou même le simple usage des antiseptiques; sublimé, acide phénique et iodoforme.

Abcès à streptocoques développé dans un hématome.

(*Cinquième Congrès français de Chirurgie*, 8 avril 1891.)

Une déchirure du muscle droit antérieur provoque un hématome resté longtemps stationnaire dans les tissus. Tout à coup survient un érysipèle

et l'hématome s'enflamme. Les germes de l'érysipèle avaient ensemencé la collection sanguine; mais si cette hypothèse était exacte, le pus devait contenir non des staphylocoques, mais des streptocoques. Or c'étaient eux qui renfermaient le pus. Ce petit fait ne tire un intérêt que de la précision avec laquelle les simples commémoratifs ont permis d'établir le diagnostic.

Traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 114, 1884.)

« Les abcès par congestion qui finissent par se résorber sont trop rares, les cachexies qu'ils provoquent sont trop fréquentes pour nous résigner placidement à cette abstention périlleuse. Au lieu de se laisser entraîner dans une série de complications redoutables dont le dernier terme est la mort, le chirurgien doit prendre l'offensive, arriver jusqu'au foyer vertébral, et les résultats qu'il peut obtenir sont encore supérieurs aux risques que court le malade. » Nous avons ainsi guéri quelques malades, et ces succès nous avaient inspiré cette première clinique, mais depuis nous avons eu des insuccès et voici les conclusions d'un nouvel article :

Traitement des abcès froids.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 14, 1888.)

« Certainement le traitement par les injections d'éther iodoformé est long; l'ouverture large et l'extirpation des parois, le grattage, le raclage, l'extirpation totale semblent plus expéditifs, mais la guérison ne se maintient pas toujours, et nous avons vu parfois la septicémie s'allumer; puis les récidives sont fréquentes, tandis qu'elles sont plus rares avec les nouvelles méthodes; enfin le traitement non sanglant est si simple que, après lui, les opérés peuvent continuer à se livrer à leurs occupations. »

Abcès chroniques et sporotrichose.

(*Cliniques de la Charité sur la Chirurgie journalière*, p. 30, 1909.)

Nous demandons depuis longtemps que, à côté de la grande classe des abcès-froids d'origine tuberculeuse, on réunisse, sous le nom d'*abcès chroniques*, les collections à marche lente et dues à des microorganismes autres que le bacille de Koch. Cette conception nouvelle ne tarda pas à prendre corps et Roger, Walther, Mauclaire, nous-même nous pûmes l'appuyer sur des examens microscopiques incontestables : dans des abcès, que plusieurs considéraient comme froids et traitaient de tuberculeux, nous avons trouvé le colibacille, le staphylocoque fréquemment, le streptocoque, le pneumocoque, le bacille d'Éberth; dans certains cas bien connus d'abcès des trompes et du foie, on n'a trouvé même aucun germe, la suppuration était aseptique. — On voit donc que nos abcès chroniques commençaient à se créer une place modeste, lorsque la découverte bruyante des suppurations à mycoses est venue tout à coup en élargir le cadre — une observation remarquable fut recueillie dans notre service de la Charité, en 1903, la cinquième depuis le premier cas de Beurman de Bourmont : elle fut l'objet d'une étude remarquable publiée par mon interne Monier-Vinard et mon chef de laboratoire Lesné. Nous ne saurions la résumer ici; nous nous contenterons d'ajouter que l'iodure de potassium assura rapidement la guérison de l'abcès..

Le pronostic du cancer.

(*Cliniques de la Charité sur la Chirurgie journalière*, p. 76, 1909.)

Depuis quinze ans on voit surgir presque chaque jour un nouveau traitement du cancer, : nous avons vu coup sur coup prôner la radiothérapie, la radiumthérapie, les courants de haute fréquence, les sels de soude, de potasse et de quinine, le tripanroth et nombre de préparations analogues lancées sous le nom de leurs inventeurs enthousiastes, enfin

l'infinie variété des sérums curateurs et vaccinateurs. Or, chose singulière, il n'est pas une de ces méthodes qui n'ait paru, du moins à son aurore, amener sinon des guérisons, du moins des améliorations notables. Tous les chirurgiens de tous les pays se ruent alors sur les médications vantées; mais moins d'une décade a suffi pour montrer le néant de leurs espérances. Nous étudions les causes de ces erreurs : d'abord les cancéreux déjà opérés et récidivistes sont soignés sans grande conviction, abandonnés souvent à leur morphine. Le sauveur survient; il communique sa confiance, l'espérance renaît chez le malade et le désir de vivre; le sommeil revient; l'appétit et les forces sont doublés et médecin et patient, s'exaltant l'un l'autre, en arrivent à proclamer comme incontestables des guérisons imaginaires. Mais la véritable source de nos erreurs c'est notre ignorance de la marche et de l'évolution du cancer : dès que la biopsie nous a permis de diagnostiquer une tumeur maligne inopérable, l'arrêt de mort du patient nous semble signé sans recours possible et nous dirions volontiers, à très brève échéance. Or, de cela nous ne savons rien, et dans mon petit mémoire, je cite des cas paradoxaux de cancers de la langue, de tumeurs mélaniques de l'aisselle, de carcinomes du sein, mettant des années et des années avant d'emporter le malade : des tumeurs s'endorment pour ainsi dire, arrêtant leur évolution et faisant douter du diagnostic jusqu'à ce qu'une prompte généralisation en démontre la réalité. Que dans un de ces cas, un sérum soit appliqué et l'auteur, trompé par cette marche anormale, n'aura pas assez de tribunes pour proclamer son heureuse découverte.

Pommade analgésique, hémostatique et antiseptique.

(*Cliniques de la Charité sur la Chirurgie journalière*, p. 27, 1909 et *Union des Femmes de France; Bulletin officiel*, mai-juin, 1902.)

« ...Cette pommade me paraît plutôt une idée qu'une formule et voici les principes sur lesquels elle repose : les plaies, les brûlures, les ulcérations de tous genres peuvent être douloureuses, elles peuvent saigner, elles peuvent s'infecter. Un topique pour être excellent devrait combattre

ces trois complications et être à la fois analgésique, hémostatique et antiseptique. Notre idée première a donc consisté à réunir dans un même véhicule, la vaseline, des substances antiseptiques, hémostatiques et analgésiques. Mais on n'oubliera pas que les substances microbicides n'additionnent pas leurs pouvoirs, elles les multiplient; ce n'est pas la somme des facteurs actifs propres à chacune d'elles, mais beaucoup plus de cette somme que l'on obtient par leur mélange; peut-être d'ailleurs que chacune d'elles aura une action élective contre tel ou tel germe pathogène.... On ne craindra donc pas d'associer plusieurs antiseptiques, tout en tenant un compte rigoureux de leur toxicité pour éviter les dangers d'une absorption trop intense.... Le pouvoir analgésique et l'action hémostatique sont réservés à l'antipyrine qui fait le fond de notre pommade. On peut la formuler ainsi : vaseline 500 grammes, antipyrine 5 grammes, acide borique 2 grammes, iodoforme 50 centigrammes, acide phénique neigeux 50 centigrammes et sublimé 10 centigrammes. Il y a quelques années nous avions recours à cette pommade dans presque toutes les plaies et presque toutes les ulcérations : la teinture d'iode actuellement nous paraît préférable de beaucoup, sauf pour les brûlures et les froidures, surtout lorsqu'elles prennent la forme d'engelure, et c'est pourquoi nous transcrivons ici notre formule.

Traitement des brûlures.

(Cliniques de la Charité sur la Chirurgie journalière, p. 70, 1909.)

Dans ce travail j'ai montré combien l'emploi de la pommade précitée donnait de bons résultats : les douleurs sont vite apaisées et la cicatrisation se poursuit avec une rapidité surprenante. Nous avons constaté chez des malades atteints de brûlures symétriques des deux bras ou des deux jambes, que celui des deux membres pansé avec notre topique guérissait mieux et plus vite que celui où l'on appliquait un quelconque des autres traitements réputés.... « On laissera le pansement en place tant qu'il n'exhalera pas de mauvaise odeur, tant que la température sera normale et que le blessé ne souffrira pas. Il m'est arrivé quelquefois de

pouvoir ne l'enlever qu'au bout d'une semaine et de trouver alors la surface déjà recouverte d'un épiderme neuf, lorsqu'il s'agissait, bien entendu, de brûlure au premier et au deuxième degré. »

Sur quelques points d'ovologie comparée.

(Mémoire manuscrit pour le prosectorat, imprimé entièrement dans la thèse de Fabel; *Thèse de Paris*, 1877.)

Il porte sur trois points : en premier lieu, nous démontrons avec M. Dastre, mais en ajoutant de nouvelles preuves à ses preuves, que l'amnios n'est point enveloppé par l'allantoïde, comme Dutrochet le croyait, et comme plus tard Coste devait longuement le décrire. Nous traitons, dans un deuxième chapitre, des rapports qu'affectent entre elles les membranes de l'embryon dans les cas de gestation gémellaire chez les brebis; nous démontrons, en nous appuyant sur des pièces déposées par nous au musée de la Faculté, que l'agencement indiqué par Coste est inexact de tout point. Enfin, dans un dernier chapitre, nous décrivons les vaisseaux sanguins des enveloppes fœtales de la brebis.

AFFECTIONS DE LA TÊTE

Du trépan dans les fractures du crâne.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 108, 1894.)

« En résumé, les fractures du crâne sont ouvertes ou fermées; lorsqu'elles sont ouvertes, les soins d'une antisepsie rigoureuse, sauvegarde contre l'invasion d'une méningo-encéphalite, exigent une régularisation de la plaie, et l'on en profite pour relever les fragments défoncés, enlever les esquilles dépériostées, extraire les corps étrangers accessibles et lier les vaisseaux rompus. Lorsque la fracture est fermée, on agira si une branche déchirée de la méningée menace de tuer le malade par hémor-

ragie ou bien lorsque apparaissent des troubles fonctionnels localisés, immédiats ou tardifs, paralysie croissante, convulsions répétées, signes de poussées hyperémiques, d'abcès du cerveau, épilepsie traumatique : le trépan appliqué au niveau du foyer a souvent donné de merveilleux résultats. »

De l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur.

(*Congrès pour l'avancement des sciences*; *session de Clermont-Ferrand*, 1876, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 420, 1884.)

Il s'agit d'une variété d'épithélioma du maxillaire supérieur, non décrite encore et observée avec M. Verneuil. Cette tumeur est caractérisée par une cavité profonde, creusée dans l'épaisseur de l'os et tapissée de bourgeons que l'examen histologique nous montre formés de globes épidermiques; elle a pour origine les kystes si fréquemment appendus aux racines des dents; ces kystes eux-mêmes, ainsi que les épithéliomas ordinaires des mâchoires, naîtraient des débris épithéliaux, vestiges du bourgeonnement des cordons des dents temporaires et permanentes. C'est dans ce petit mémoire que se trouve exposée, pour la première fois, cette origine des kystes et des tumeurs épithéliales du maxillaire; on sait les travaux remarquables de M. Malassez sur ce point et la démonstration éclatante qu'il a donnée de cette hypothèse.

(Comme une assez vive polémique s'est élevée à ce propos, nous devons répéter ici que l'hypothèse du développement des kystes radiculaires, aux dépens des débris épithéliaux embryonnaires, est de Verneuil; pour la vérifier, je recueillis, à la clinique dentaire de la Pitié, un très grand nombre de ces kystes radiculaires et je les apportais à Malassez. Ce fut l'origine de son premier travail.)

Gancroïdee et leucoplasie des muqueuses buccale et vaginale,

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 215, 1888.)

« Depuis les leçons de Bazin et surtout depuis la thèse publiée en 1873 par son élève Debove, on connaît fort bien une affection particulière de la

langue nommée indifféremment : ichtyose, plaque des fumeurs, psoriasis, tylose, kératosis ou leucoplasie buccale. A ces dénominations, pour la plupart mauvaises, Besnier préfère celle de stomatite épithéliale chronique superficielle.... J'ai justement recueilli cinq observations où l'on suit pas à pas l'évolution du mal, depuis le premier reflet argenté ou laiteux, la première tache opaline nacrée et translucide jusqu'aux plaques épaissies, crémeuses et jaunâtres, aux fissures et aux crevasses, aux papillomes, enfin jusqu'aux cancroïdes les plus graves.... J'ajoute un nouveau fait de haute importance, car la lésion a pour siège non la muqueuse buccale, mais la muqueuse vaginale, dont la leucoplasie est fort peu décrite. Verneuil, Besnier, Trélat et Mercklen en ont recueilli chacun un exemple, mais nous ne sachons pas qu'ils aient été publiés.... Dans notre cas un épithélioma volumineux se développe sur la plaque et une opération devient indispensable.... La question suivante se pose : lorsqu'une leucoplasie limitée, mais tenace, existe à un point fixe, ne serait-il pas prudent d'enlever ce point si l'opération est simple et n'entraîne aucun dommage? Je n'hésite pas et, pour ma part, je supprime cette cause d'irritation qui provoque presque à coup sûr l'apparition d'un nouveau cancroïde. »

Extirpation des cancers de la langue et du plancher buccal. Traitement des épithéliomas de la langue.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 355, 1884; *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 126, 1894.)

« Nous pouvons résumer rapidement ces longues considérations : lorsque le cancer est récent, très limité, une large opération est parfois excellente. MM. Trélat, Verneuil, Tillaux, Duplay, Panas, d'autres encore en ont cité de beaux exemples. Lorsque la tumeur n'occupe que la moitié antérieure de la langue, lorsque l'engorgement ganglionnaire commence à peine, on peut encore espérer, par les vastes opérations que nous venons de décrire, une assez longue survie ; mais, quand les lésions s'a-

vancent j'usqu'aux piliers antérieurs, il faut qu'une complication grave vienne forcer la main, sans cela mieux vaut s'abstenir. » (1884.)

« Aussi en revenons-nous à nos conclusions premières ; et plus encore que jadis, je vous dirai : quand les lésions sont telles que l'opération de Sédillot est indiquée, il me semble plus sage d'abandonner le malade à son sort; il faut, lorsque les lésions s'avancent jusqu'aux piliers antérieurs, il faut, pour ne pas s'abstenir, qu'une complication grave ou quelque circonstance particulière vienne forcer la main. Mais, lorsque le cancer est récent, très limité, une large opération peut bien, comme dans les cas rapportés plus haut, donner des succès thérapeutiques durables. N'ai-je pas trois individus amputés de la langue depuis 14, 8 et 7 ans qui vivent encore sans récidive? Intervenez donc, mais sans de trop vives espérances et rappelez-vous que la chirurgie du cancer n'est jamais une chirurgie triomphante. » (1894.)

Les épithéliomas en surface des muqueuses leucoplasiques.

(*Cliniques de la Charité sur la Chirurgie journalière*, p. 119, 1909.)

Nous avons désigné sous le nom d'*épithélioma en surface des muqueuses* leucoplasiques, une forme de cancroïde que n'ont pas encore décrite les auteurs. Nous en avons observé huit cas, ce qui nous permet d'en tracer une histoire assez complète. L'affection présente cinq caractères principaux : 1° d'abord la tumeur se développe sur une muqueuse atteinte de leucoplasie; 2° la tumeur est lenticulaire ou elliptique; elle n'atteint guère et dépasse rarement un centimètre de diamètre; elle forme une petite masse à base dure et qui évolue lentement, longtemps recouverte de cellules épithéliales qui finissent par tomber, laissant une surface ulcérée, presque sèche et à peine saignante; 3° un troisième caractère de cet épithélioma est sa tendance à la récidive; mais, par un mode particulier, ce n'est pas sur place que reparaît le mal et, dans nos huit cas qui représentent une quarantaine d'interventions, deux fois seulement le second cancroïde s'est développé sur la cicatrice du premier; d'ordinaire c'est en un point très différent, sur une autre plaque leu-

coplasique que naît le foyer nouveau; 4° malgré la multiplicité des récidives, cet épithélioma est bénin, d'abord parce que le mal peut rester longtemps sans reparaître, de quelques mois à quinze années, d'après nos observations; puis la nouvelle tumeur n'est ni plus étendue, ni plus maligne que la première et la nouvelle intervention ne présage pas une aggravation rapide dans l'évolution du néoplasme; 5° un dernier caractère, corollaire du précédent, est l'absence d'adénite concomitante. — Le traitement consiste à enlever, de la pointe du bistouri, sur la muqueuse et en dépassant ses limites d'un demi-centimètre, la petite tumeur, comme on enlève d'un fruit une tache pourrie.

Deux nouvelles observations d'épithéliomas en surface.

(Cliniques de la Charité sur la Chirurgie journalière, p. 132, 1909.)

Dans ce deuxième mémoire, nous revenons sur le pronostic de l'épithéliome en surface; il est moins bénin que notre première étude ne le faisait penser : deux de nos opérés sont morts et ce dénouement, bien que n'étant survenu que sept et dix ans après notre première intervention, doit cependant diminuer notre confiance. La bénignité relative de cette variété s'explique d'après nous par ce fait que, par suite des irritations incessantes de la leucoplasie, le chorion de la muqueuse subit des transformations profondes et prend la texture serrée du derme où les traînées épithéliales ne gagnent que très lentement : notre épithélioma de la muqueuse ainsi modifiée devient l'équivalent d'un épithéliome cutané dont on sait l'évolution torpide.

De l'éruption vicieuse de la dent de sagesse.

(Cliniques et critiques chirurgicales, p. 368, 1884.)

« Les accidents que détermine l'éruption de la dent de sagesse sont fréquents; pourtant ils sont peu connus, mal décrits, parfois ignorés et l'attention du chirurgien est si peu sollicitée par eux que des erreurs de

diagnostic sont souvent commises. Une cause générale domine l'histoire de ces accidents : l'insuffisance de la place nécessitée pour l'éruption régulière de la troisième molaire. Nous avons entendu dire à Paul Broca que la nature est en travail pour nous débarrasser des dents de sagesse. Elles poussent les dernières et sont les premières à disparaître. A mesure que les races humaines deviennent plus intellectuelles, le front proémine et la partie inférieure de la face recule ; le prognathisme s'affaiblit. Aussi peut-on affirmer, à condition toutefois d'admettre des exceptions nombreuses, que la dent de sagesse s'accompagne de désordres avec d'autant plus de fréquence que la race, le sexe ou l'individu seront supérieurs.... Ce n'est pas tout : les deux maxillaires et les deux moitiés du même maxillaire ne sont pas également atteints ; le maxillaire inférieur jouit presque seul de ce fâcheux privilège. Mais nous pouvons préciser davantage encore et dire que la moitié gauche est la plus prédisposée ; en général, la moitié droite du corps est plus développée, et, sans vouloir donner à un examen superficiel plus d'importance qu'il n'en a, sur plusieurs maxillaires inférieurs mesurés par moi à l'École Pratique, il m'a paru que la branche gauche était légèrement moins longue que la droite. La règle générale trouverait donc ici une application nouvelle : comme la place pour l'éruption normale est moindre à gauche, c'est à gauche surtout que se montreraient les déviations et leurs conséquences pathologiques. »

Des accidents consécutifs à l'éruption vicieuse de la dent de sagesse.

(*Cliniques de la Charité sur la Chirurgie journalière*, p. 108, 1909.)

La théorie défendue par Paul Broca qui explique par le manque de place les accidents que provoque l'éruption vicieuse de la dent de sagesse a été vivement attaquée dans ses dernières années et l'on a surtout incriminé l'infection par les microbes buccaux du follicule dentaire encore enfermé dans son sac : Capdepont nous paraît celui qui a défendu cette doctrine avec le plus de force. Certes, nous sommes loin de méconnaître les méfaits des microbes stagnants, presque incarcérés en

vases clos, exaltant leur virulence et migrant dans les tissus muqueux et osseux voisins; mais ce qui met en branle ces accidents c'est l'étroit espace où évolue le follicule dentaire, et sans vouloir faire une puérile assonnance, nous concluons que dans la pathogénie des accidents de la dent de sagesse, le « manque de place » tient toujours la première place.

Les fistules d'origine dentaire.

(Cliniques de la Charité sur la Chirurgie journalière, p. 99, 1909.)

Les fistules cutanées, consécutives à l'infection de la racine d'une dent malade déroutent souvent notre diagnostic à cause de leur point d'arrivée très éloigné du point de départ : nous en avons vu s'ouvrir près de l'œil, dans une carie d'une canine supérieure; à la partie moyenne ou inférieure du cou, et même sous la clavicule, dans des caries de dents du maxillaire inférieur. Il faut d'autant mieux connaître l'origine de ces fistules « aberrantes » qu'on les confond trop fréquemment avec foyer inflammatoire d'os sous-jacents sur lesquels on se croit autorisé à pratiquer toutes sortes d'opérations compliquées et inutiles, tandis que l'extirpation de la dent malade assurerait la guérison.

Sur une observation d'exophtalmie pulsatile.

(Cliniques de la Charité sur la Chirurgie journalière, p. 149, 1909.)

Ce petit mémoire a eu pour origine l'observation d'un cas remarquable à plusieurs titres d'anévrisme artérioso-veineux de l'artère carotide interne : d'abord, le malade a été soigné deux ans, dans notre service et nous avons suivi, jour par jour, l'évolution de sa tumeur ; nous l'avons traitée par des injections de gélatine, puis par la ligature de la carotide primitive. Nous touchions au port et la guérison s'annonçait, lorsque les douleurs céphaliques recommencèrent plus violentes que jamais et une tumeur pulsatile de l'autre œil apparut subitement. Nous n'eûmes pas le temps d'en commencer le traitement, car la patiente fut foudroyée

par une hémorragie cérébrale. L'autopsie fut pratiquée qui confirma l'existence d'un double anévrisme du sinus caverneux avec l'artère ophtalmique. La mort avait eu pour cause la rupture de l'anévrisme apparu le dernier; le premier était guéri.

Tuberculose buccale.

(Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, p. 202, 1888.)

« De ce qui précède nous pouvons conclure que les ulcérations tuberculeuses de la langue ont des signes propres, précis, qui le plus souvent nous évitent l'humiliant procédé de diagnostic par exclusion. Lorsque les lésions sont assez « ramassées » pour être enlevées par le chirurgien, il ne faut pas hésiter, et vous avez vu chez nos malades le résultat excellent qu'a donné l'exérèse. »

Kyste dermoïde du plancher buccal.

(Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, p. 189, 1888.)

« Ce cas est à peu près unique, moins par le volume exceptionnel de la tumeur que par la gravité de ses symptômes : une sécrétion purulente s'était faite qui avait distendu la poche et nous ne trouvons de faits analogues ni dans le traité de Lannelongue, ni dans les mémoires d'Ozenne et de Gérard Marchand. On a bien cité des cas de dysphagie et d'asphyxie commençante, mais il leur a fallu plus de trois jours pour prendre un caractère alarmant. — L'extirpation peut se pratiquer par la voie buccale et la voie sus-hyoïdienne; c'est la première qu'ont préconisée les auteurs; je propose hardiment la seconde. En suivant la voie sus-hyoïdienne, on ne risque pas de sectionner les canaux de Warton; puis la déclivité entraîne le sang et les liquides sécrétés par la plaie; il n'y a pas ce cul-de-sac profond, anfractueux, que crée l'extirpation buccale et où peuvent s'accumuler le pus, la salive et toutes les substances septiques; enfin, on évolue à l'aise, on manœuvre à

découvert; on n'est pas gêné par les lèvres, les arcades dentaires et la langue; l'anesthésie est facile et sans danger. Nous préférons donc l'incision sus-hyoïdienne et nous y avons eu recours. »

Tétanos céphalique.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 150, 1894.)

Travail appuyé sur trois observations personnelles. Dans l'une, la plaie originelle était une ulcération de la muqueuse labiale consécutive à une carie dentaire. « Telle est cette singulière variété dont je résume en quelques lignes les caractères classiques : plaie dans le territoire sensitif des nerfs crâniens, peau ou muqueuse de la face et de la tête; localisation habituelle dans les muscles animés par les nerfs crâniens, mais toutefois avec généralisation possible sur les groupes musculaires du tronc et des membres : paralysie faciale unilatérale parfois existante, et troubles fonctionnels laryngés et pharyngés assez fréquents.

Des ophtalmies sympathiques.

(*Thèse de Concours pour l'Agrégation de Chirurgie*, Paris, 1878.)

Ce travail comprend six chapitres. Dans le premier, nous racontons comment l'ophtalmie sympathique est entrée dans la nosologie; quelles évolutions le temps et les recherches lui ont fait subir; quels sont les points de doctrine qui sont encore obscurs. — Dans le deuxième nous traitons de l'étiologie : le champ délimité par Mackenzie s'est agrandi de tous côtés; le traumatisme n'est plus la seule cause des ophtalmies réflexes et, tout comme les violences extérieures, les affections spontanées de l'œil ont sur le congenère une pernicieuse influence. — Dans le troisième, nous cherchons par quelle voie l'influence délétère s'exerce de l'œil malade sur l'œil sain : d'après nous, les altérations nutritives ne naîtraient pas, comme on l'affirmait alors, de troubles vaso-moteurs persistants;

nous les expliquons par une névrite ascendante du trijumeau, névrite qui se réfléchirait dans le bulbe sur le trijumeau du côté opposé et susciterait ainsi des accidents sympathiques. Cette hypothèse s'accorde avec les lois de la physiologie générale que la théorie vaso-motrice heurte de front. — Dans le quatrième, nous décrivons les formes classiques de la maladie. — Le cinquième est consacré au diagnostic — et le sixième expose les nombreux traitements qu'on a proposés : nous nous y occupons surtout de l'énucléation préventive ou curative dont les indications étaient encore délicates et controversées.

Phlegmon ligneux du cou.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 146, 1894; *Phlegmon ligneux du cou; Thèse de Batsère*, Paris, 1895; *Phlegmon ligneux du cou; Revue de chirurgie*, juillet 1896.)

« Je voudrais vous parler d'une variété particulière de phlegmon chronique du cou qui ne me semble pas avoir été encore le sujet d'une description didactique. Mais d'autres aussi l'ont vue sans doute et j'espère qu'ils joindront leur fait au mien pour tracer un tableau précis de cette affection peu connue.... Le tableau clinique a été le même dans tous les cas : c'est au cou, tantôt sur les parties latérales, tantôt en avant, que le phlegmon ligneux s'est développé, et toujours il a occupé une large surface; son développement a été lent et la masse, d'un rouge vineux ou violacé, s'est accrue sans fièvre et sans phénomènes généraux appréciables; la douleur manque presque totalement, et la plaque, d'une résistance qui rappelle celle du cancer en cuirasse, reste de longues semaines avant de montrer la moindre trace de suppuration.... En résumé, il se développe parfois dans la région cervicale, sous l'influence de causes que nous ne connaissons pas, mais parmi lesquelles la cachexie paraît jouer un rôle, un phlegmon d'une allure particulière et caractérisé par son évolution lente et la dureté ligneuse que prennent les téguments. Aussi pourrait-on le confondre avec une tumeur maligne de la peau. Dans le seul cas où l'examen bactériologique a été fait, on

a trouvé un diplocoque paraissant différer par de nombreux caractères des microbes habituels de la suppuration. »

Depuis cette description, nous avons recueilli une vingtaine d'observations publiées dans les thèses de nos élèves; nous avons cherché quel pouvait être le microbe faiblement pyogène qui pouvait le provoquer; nous nous sommes demandé si quelquefois il n'avait pas une mycose pour origine. En tout cas, le type clinique est maintenant connu et de très nombreux travaux ont été publiés en dehors de nous et de nos élèves qui décrivent, au cou et aussi dans d'autres régions, une phlegmasie à marche essentiellement chronique et que caractérise, avec une dureté comparable à celle du squirre en cuirasse, le peu de tendance à la suppuration.

Sur une observation d'actinomycose cervico-faciale.

(*Cliniques de la Charité sur la Chirurgie journalière*, p. 141, 1909.)

Cette observation est intéressante, d'abord parce que, lors de notre premier examen, nous pûmes constater l'existence de points jaunes qui rappelaient la poudre d'iodoforme, et qui nous permit de porter un diagnostic immédiat. Mais dès le second jour ces points jaunes avaient disparu. Cependant l'aspect du placard inflammatoire, cette phlegmasie chronique avec ses ulcérations et ses soulèvements en taupinière, ne nous aurait laissé aucun doute, d'autant que le traitement par l'iodure de potassium amena une guérison rapide complète du mal.

Branchiomes du cou.

(*Sur trois observations de branchiomes: Branchiome mixte d'allure bénigne et branchiomes épithéliaux; Bulletin de la Société de chirurgie*, 22 juillet 1903 et *Clinique de la Charité sur la Chirurgie journalière*, p. 171, 1909.)

Ces tumeurs, prises autrefois pour des adénites chroniques ou des cancers des ganglions, ont été considérées plus tard par Volkmann comme

dues au développement morbide de masses épithéliales congénitales éparses dans le cou, vestiges oubliés par la résorption incomplète des arcs branchiaux; Berger en France, puis Victor Veau et Cunéo, étudièrent la question; mon élève Deytieux a fait, dans mon service, une thèse intéressante sur ce sujet, et Chevassu et nous en avons entretenu les premiers la Société de Chirurgie, où, plus tard, Le Dentu, Pierre Delbet et J.-L. Faure apportèrent de nouveaux cas. — Les îlots embryonnaires, vestiges des arcs branchiaux, contiennent deux ordres de tissu, un revêtement épithélial et un squelette conjonctif. Chacun peut donner naissance à une tumeur différente : le premier à un épithélioma et le second à une tumeur mixte à cause de la multiplicité des tissus qui entrent dans sa structure. On comprend que l'évolution de ces deux ordres de tumeurs sera différente, du moins pendant les premières années. Nous citons dans notre travail des cas fort remarquables de ces cancers ou de ces tumeurs conjonctives — et depuis, nous en avons recueilli des observations nombreuses.

Sur deux observations de kystes muqueux thyro-hyoïdiens.

(*Cliniques de la Charité sur la Chirurgie journalière*, p. 178, 1909.)

On sait les nombreuses hypothèses imaginées par les auteurs pour expliquer l'apparition de ces kystes. La théorie embryonnaire est la plus solidement étayée, et s'il existe encore quelques difficultés à l'interpréter pour les kystes dermoïdes, la démonstration est éclatante pour les kystes mucoïdes, ceux justement que nous avons observés; ils ont pour origine la persistance et la dilatation d'un segment du canal de Bochdalek, qui, pendant la vie intra-utérine, part du foramen cæcum de la langue, passe derrière l'os hyoïde, devant la membrane thyro-hyoïdienne et aboutit à la pyramide de Lalouette. L'extirpation du kyste doit être pratiquée : mais la dissection en est délicate, car il ne faudrait pas en laisser un diverticule qui serait l'origine de quelques-unes de ces fistules observées parfois à ce niveau.

Lipomatose symétrique à prédominance cervicale.

(Cliniques de la Charité sur la Chirurgie journalière, p. 205, 1909.)

Nous nous élevons dans ce travail contre la théorie de nos très distingués collègues, MM. Bensaude et Launay, pour qui ces tumeurs singulières seraient dues à l'hypertrophie d'un tissu ganglionnaire. Si nous ne partageons pas cette opinion, c'est que ces lipomes se développent très souvent dans des régions où les ganglions font défaut et les masses dures qu'on sent parfois dans l'épaisseur de la graisse n'ont pas du tout la structure du tissu lymphoïde : c'est de la graisse « tassée » ou modifiée.

Angiome caverneux en communication directe avec la veine jugulaire interne.

(Cliniques et critiques chirurgicales, p. 29, 1884.)

« Il existe, à la région cervicale, des angiomes caverneux absolument réductibles et dont le diagnostic est parfois malaisé; les vastes aréoles de leur tissu communiquent largement et par des canaux sans valvules avec les veines jugulaires, de là leur réductibilité remarquable; une fois vidées, ces tumeurs se remplissent très rapidement, non, comme le dit Virchow, par les artérioles afférentes, dont l'apport est négligeable, mais par le reflux du sang des gros troncs veineux dans les aréoles dilatées; ces angiomes, qui semblent être au système veineux ce que les anévrismes cirsoïdes sont au système artériel, devraient être séparés des tumeurs érectiles ordinaires, dont elles diffèrent essentiellement. »

Diagnostic et traitement du lymphadénome cervical.

(Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, p. 259, 1888.)

« A la suite des merveilleux succès obtenus par le traitement arsenical et publiés par von Winiwarter, Billroth, Czermak, Israël, Karewski et tant

d'autres, nous avons, nous aussi, eu recours à la liqueur de Fowler, et trois cas ont paru légitimer les assertions des auteurs allemands. Mais, depuis, nos échecs ont été si nombreux et si lamentables que, pour expliquer nos premières guérisons et celles de nos confrères d'outre-Rhin, nous avons tendance à invoquer une erreur de diagnostic. »

De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 340, 1884.)

« En résumé, la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne n'est pas une grave opération. Pour nous servir des expressions de Malgaigne, elle ne présente ni les périls, ni les difficultés de la trachéotomie. Le plus grand éloignement des gros troncs artériels et veineux de la base du cou, la netteté des points de repère, la moindre épaisseur des parties molles et leur faible vascularité, l'impossibilité d'ouvrir l'œsophage par une échappée du bistouri, sont des avantages réels, authentiques et démontrés par une pratique étendue. Au contraire, les inconvénients que l'on a signalés, espace trop étroit pour une canule suffisante, nécrose des cartilages, altération des cordes vocales, sont illusoires. Chez l'adulte donc, et c'est ainsi que nous voulons conclure, la laryngotomie sera l'opération de choix. »

De la sonde œsophagienne à demeure.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 379, 1884.)

« En résumé, des considérations qui précèdent il résulte que la sonde œsophagienne à demeure doit entrer dans la pratique ; elle est utile dans les rétrécissements cancéreux ; on évite ainsi les dangers du cathétérisme dans les tissus ramollis, la déchirure de la paroi et la pénétration dans le médiastin ; l'alimentation n'est plus à la merci d'une oblitération par végétation des masses cancéreuses ; la cachexie est moins rapide. La sonde est encore utile pour certaines opérations pratiquées dans la cavité

buccale. Si l'on doit rejeter son emploi dans l'uranoplastie, il faut y avoir recours dans les cas d'extirpation totale de la langue ; la sonde introduite par le nez est tolérée parfaitement et le bol alimentaire pénètre dans l'estomac sans provoquer les douleurs qu'entraîne la déglutition. »

Tumeur du corpuscule rétro-carotidien.

(*Bulletin de la Société de chirurgie;* — *Revue de chirurgie,* 10 août 1905);
(En collaboration avec M. Chevassu.)

C'est le premier travail publié en France sur cet « endothéliome ». Nous en avons colligé les observations parues à l'étranger et nous avons ajouté un cas personnel où l'extirpation de la tumeur fut pratiquée sans couper la carotide primitive, la carotide interne, l'externe, la jugulaire interne, le pneumo-gastrique, le grand sympathique. Des onze opérateurs, Heinleth et nous avons obtenu seuls ce résultat. Aussi terminons-nous notre travail par les conclusions suivantes : Comme toute opération entreprise contre les tumeurs du corpuscule intra-carotidien peut se terminer par la résection du paquet vasculo-nerveux du cou, une intervention ne doit être tentée que si des troubles sérieux ou une évolution rapide, à allure maligne, justifient cette grave tentative. — Hormis ces cas, le chirurgien doit s'abstenir.

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC, DE L'INTESTIN ET DU FOIE

Des perforations traumatiques de l'estomac et de l'intestin (*Revue de Chirurgie,* 1890, p. 89 et 419 (mémoire en collaboration avec M. Noguès); *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie,* 1889, p. 152, 1890, p. 447 et 1891, p. 536; *IIIe Congrès français de Chirurgie,* 1888; *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu,* p. 254 et 267, 1888; *Cliniques chirurgicales de la Pitié,* p. 285, 1894.)

Nous avons provoqué de longs débats, devant la Société de Chirurgie, sur le traitement des perforations traumatiques de l'intestin. L'accord n'a

pu se faire et deux opinions sont en présence : les uns pensent que, lorsque le diagnostic de pénétration est évident, il faut ouvrir le ventre, chercher les plaies intestinales et les oblitérer pour éviter l'effusion certaine des matières fécales qui provoquerait une péritonite sûrement mortelle ; les autres affirment que l'abstention systématique est préférable ; les succès, disent-ils, sont plus nombreux et achetés à moindre prix. — S'il nous fallait choisir entre ces deux méthodes, nous opterions pour la seconde, mais nous pensons qu'il y a place pour toutes les deux, et la clinique pourrait déjà dégager certaines règles d'abstention ou d'intervention.

Nous avons, dans nos divers mémoires, prouvé un certain nombre de points contestés ou obscurs : d'abord il est faux d'affirmer que « la mort est toujours fatale » dans les perforations traumatiques de l'intestin. Les cas de guérison ne sont pas rares. J'en ai cité de personnels où un signe non équivoque a permis d'établir le diagnostic et j'ai pu en recueillir 27 dans les recueils scientifiques. L'expérimentation sur des chiens est venue confirmer cette opinion, et de mes recherches et de celles d'Estor il ressort que, sur 6 de ces animaux blessés par une balle de revolver, 3 peuvent survivre à une ouverture de l'intestin grêle. Nous avons pu étudier le mécanisme de ces guérisons spontanées ; dans certains cas, lorsque les plaies sont petites, le parallélisme de leurs lèvres, au niveau des diverses tuniques intestinales, peut se détruire, et le trajet est oblitéré malgré la solution de continuité des tissus ; dans d'autres, la muqueuse s'exprime, pour ainsi dire, au travers des autres couches, et en se herniant sous la séreuse, ferme la plaie intestinale ; dans d'autres encore, l'épiploon vient entourer l'anse blessée et aveugler le trou anormal ; dans d'autres enfin, une anse voisine, un repli de mésentère ou de péritoine pariétal, en un mot, un feuillet séreux voisin, s'accole à la solution de continuité, des adhérences se font, et la guérison définitive peut en être la conséquence. C'est ce dernier mécanisme que nous tenons pour le plus efficace et le plus fréquent.

Tous ces modes de guérison s'appuient sur des expériences vieilles comme la physiologie expérimentale, et sur l'examen de pièces que la laparotomie, si fréquente dans ces dernières années, a permis de multiplier. D'ailleurs une statistique a été dressée par M. Noguès et par moi ;

nous avons recueilli 88 observations de plaies pénétrantes de l'abdomen par petits projectiles et traitées par l'abstention; et cette statistique nous donne 66 guérisons pour 22 morts seulement, soit une léthalité de 25 pour 100. Nous avons invoqué les relevés de Stimson, qui sur 37 cas nous donne 20 morts et 17 guérisons, statistique qui, pour accuser des résultats très inférieurs aux nôtres, n'en établit pas moins la fréquence relative de la guérison spontanée dans les cas de perforation traumatique du tube digestif.

J'ai montré ensuite les dangers, les difficultés et les mécomptes de la laparotomie; à côté de quelques magnifiques et retentissants succès, que de nombreux désastres! J'ai pour ma part 4 morts sur 4 interventions, et les statistiques dressées par les auteurs sont loin d'être brillantes : les relevés de Norton, de Coley, ceux que j'ai colligés avec Noguès, accusent une mortalité de 60, 65 et 67 pour 100. Ces chiffres ne sont pas pour nous encourager. Et puis interviendra-t-on dans tous les milieux, et l'ouverture, cette laparotomie, ici particulièrement délicate avec les précautions infinies que nécessite l'exploration de l'intestin, peut-on la pratiquer ailleurs qu'à l'hôpital et dans certaines maisons de santé? et voilà déjà que la chirurgie d'armée ne saurait en profiter. Aussi, et sans méconnaître la quasi-unanimité qui s'est créée parmi nos collègues contre cette opinion, suis-je contre l'intervention systématique dans les plaies péritonéales de l'abdomen. Je m'abstiens lorsque aucun symptôme général, lorsque aucun signe local ne vient me forcer la main.

Est-ce à dire que je suis un abstentionniste quand même? Non, et j'ai essayé de formuler les conditions cliniques qui paraissent commander l'intervention, cette intervention à résultats si aléatoires, mais qui, enfin, me semble alors moins précaire que l'abstention. Je conseille la laparotomie quand des signes que je n'ai pas à exposer ici me font croire à l'existence d'une *hémorragie*; un vaisseau est ouvert, il faut le fermer, c'est une règle de chirurgie générale. Je la conseille encore lorsque l'*issue immédiate de gaz et de matières intestinales* par la plaie révèle une perforation large qui va inoculer le péritoine; j'interviens aussi lorsqu'un *tympanisme localisé*, qu'on reconnaît le plus souvent à la sonorité de la région hépatique, prouve l'existence d'une ouverture qui, capable

de laisser passer les gaz, pourrait aussi livrer passage aux matières solides ou liquides. J'interviendrai encore lorsque commence la *réaction péritonéale* qui prouve l'infection de la séreuse et qui se trahit précocement par la contracture généralisée des muscles de l'abdomen, ce que l'on dénomme *le ventre en bois*. Mais je n'ose insister, car si les interventionnistes fournissent des observations mémorables où la laparotomie a paru sauver le blessé, les abstentionnistes montrent aussi la péritonite tournant court et le malade survivant sans laparotomie.

Ces concessions ne suffisent pas aux interventionnistes, qui concluent de l'existence d'une plaie pénétrante de l'abdomen à la nécessité d'une laparotomie immédiate. On peut dire qu'en France c'est la doctrine régnante. Cependant, la mortalité considérable qui frappe cette opération et les succès mémorables de l'abstention systématique dans la guerre Russo-Japonaise viennent troubler bien des consciences. Nous pouvons dire en tous cas qu'il semble y avoir parmi nous un nouveau flottement qui n'existait pas il y a quelques années.

Sur une gastro-entérostomie;
Sur une observation nouvelle de gastro-entérostomie.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 209, 224, 1894.)

« Je résumerai ces conférences par quelques brèves conclusions : la gastro-entérostomie me semble, comme opération palliative, aussi logique et aussi nettement motivée que la gastrostomie et la création d'un anus artificiel. Elle a contre elle une mortalité qui s'élèverait, dit-on, à 50 pour 100, mais qui tient, non à l'intervention elle-même, mais aux conditions déplorables dans lesquelles on y a recours; qu'on agisse avant d'atteindre le dernier degré de cachexie et les survies seront beaucoup plus nombreuses. »

Sur deux observations d'obstruction intestinale.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 301, 1894.)

« En résumé, les cas sont fort rares où le diagnostic est établi; certes, il faut, par une analyse minutieuse des symptômes, tâcher de multiplier

ces faits ; alors le choix sera facile et de la nature de l'obstacle découlera l'indication du traitement. Mais que faire dans les cas douteux, dans ces cas qui, en définitive, forment la grande majorité de ceux que les médecins nous soumettent...? Pour ma part, j'essaye, tout d'abord, des moyens médicaux, des lavements électriques ; s'ils échouent et si le malade est encore résistant, si le tympanisme est modéré, si d'ailleurs je suis bien outillé, dans un hôpital où l'asepsie est possible, j'aurais recours à la laparotomie, mais s'il s'agit d'un individu météorisé, refroidi, incapable de supporter une longue intervention et s'il se trouve dans un milieu où l'inoculation du péritoine soit à redouter, l'entérostomie me semble indiquée ; si elle laisse peut-être mourir plus de malades, elle en tue sûrement beaucoup moins. »

Des appendicites aiguës.

(*Revue de Chirurgie*, 1890, p. 799 ; *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1890, p. 558 et 1892, p. 439 ; *Semaine médicale*, août 1890 ; *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 334 ; *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 344.)

« J'ai soulevé sur cette question actuelle et des plus importantes de nombreuses discussions devant la Société de chirurgie et je crois avoir le premier de mes collègues, en France, ouvert le ventre et incisé l'appendice de propos délibéré. J'ai dès le début adopté la plupart des conclusions de Roux, de Lausanne, et à cette heure l'accord est fait sur la plupart des points. Un seul est controversé. « Faut-il inciser le foyer dès qu'on le trouve, ou vaut-il mieux s'abstenir comme le conseillent, avec la plupart des médecins, Berger et Jalaguier, du moins lorsque l'état général s'amende, lorsque la fièvre tombe et lorsque la tumeur tend à rétrocéder ? Certainement, il existe des cas de guérison authentique sans intervention ; mais je n'en reste pas moins partisan de cette intervention. D'abord pour moi, dès que la tuméfaction s'accuse dans la fosse iliaque, dès que le plastron apparaît, il y a du pus : ce qui nous permet d'en affirmer la présence, c'est qu'on le trouve toutes les fois qu'on incise ; Sonnenberg, Roux et nous, qui ouvrons systématiquement

dans ces cas, nous l'avons toujours rencontré. Il y a donc du pus dans ces appendicites accompagnées d'empâtement et je propose d'inciser, malgré la guérison possible sans intervention, parce que cette guérison médicale n'est pas aussi durable qu'on l'espère. Presque tous les malades que l'on finit par opérer ne racontent-ils pas que six mois, un an, deux ans auparavant ils ont eu une crise semblable traitée par le repos, la diète, l'opium, les sangsues et la glace! Ils ont été guéris non pas une fois, mais deux, trois, quatre, sept fois comme dans un cas que nous avons eu sous les yeux, et ils n'en arrivent pas moins à réclamer une intervention chirurgicale.

« Donc, pour nous, la réponse ne saurait être douteuse, puisque dans les appendicites véritables, où une tuméfaction nette soulève la fosse iliaque, le traitement médical ne donne qu'une guérison souvent précaire, puisque la récidive est toujours à craindre, puisque le pus collecté peut se résorber, sans doute, mais d'une manière ordinairement incomplète, puisque au milieu des néo-membranes persistent des foyers mal éteints que rallume le moindre écart de régime, un léger traumatisme, un simple refroidissement, puisque le malade est toujours sous le coup d'une rechute, pourquoi ne pas en finir une bonne fois? Je comprendrais l'abstention si l'opération était dangereuse, mais elle ne l'est aucunement et je n'ai pas le souvenir d'une seule observation où la terminaison fatale soit venue de son fait. A la suite des opérations d'appendicite, on ne meurt que dans les cas graves, justement alors que la question d'intervention ne se pose pour personne; elle est résolue à l'avance dans le sens de l'affirmative et comme l'unique et frêle espérance de sauver le patient.

« S'il en est ainsi, si l'opération n'a aucune gravité, si elle donne plus de garantie de guérison définitive, pourquoi la repousser? D'autant que l'abstention n'expose pas seulement à une série de récidives; il y a des dangers plus redoutables et nous tous avons observé des cas où la mort a été la conséquence de ces rechutes. Nul ne peut prévoir ce que deviendra le foyer purulent : le plus souvent il se résorbe, dit-on, mais il peut s'ouvrir dans le péritoine, fuser sous la veine cave, le hile du foie, pénétrer dans la plèvre et provoquer des accidents mortels. J'ai cité un

cas de Brissaud où, après trois rechutes en l'espace d'un an et demi, une péritonite suraiguë emporta un enfant en l'espace de quelques heures. Aussi, pour moi, dès que l'appendicite se traduit par une tuméfaction appréciable dans la fosse iliaque droite, j'incise pour guérir le mal présent, pour éviter la récidive probable et pour conjurer les complications redoutables possibles. »

Traitement de l'appendicite.

(Cliniques de la Charité sur la chirurgie journalière, p. 305, 1909.)

Ces conclusions ne devaient pas triompher et la lutte fut ardente à la Société de Chirurgie où, pendant des années, les opérateurs *à chaud* et les opérateurs *à froid* balancèrent leurs forces. Mais il nous semble que, actuellement, ces derniers ont au moins le nombre et nous sommes de ceux qui ont évolué vers eux. Les interventionnistes immédiats — ***hic et nunc*!** paraît leur devise — n'invoquent pas de nombreux arguments, mais il en est un capital et qui m'a retenu longtemps dans leurs rangs : « Qui nous assure, disent-ils, que la crise actuelle, même d'apparence bénigne, ne va pas tout à coup s'aggraver », et nous tous avons vu des appendicites d'allures simples devenir tout à coup foudroyantes : le malade est emporté avec une rapidité telle qu'aucune intervention ne peut être tentée. Les interventionnistes ajoutent qu'il y a quelque chose de cruel à attendre qu'un malade se croie guéri pour remettre tout en question et lui faire courir le danger d'une chloroformisation et d'une ouverture du ventre. Tout cela est exact, mais les opérateurs à froid répondent d'abord que l'intervention à chaud est plus dangereuse et il ressort des relevés publiés dans les deux camps, que la mortalité des interventionnistes immédiats est vraiment plus considérable que celle des temporisateurs.

Puis, lorsqu'on opère à chaud, l'appendice, perdu au milieu des tissus enflammés, d'épiploons épaissis, de collections purulentes et d'adhérences, est d'une recherche très délicate et peut même ne pas être trouvé; en le cherchant, on s'expose à déchirer des anses intestinales ramollies,

les adhérences qui ferment le péritoine actuel, inoculer la grande séreuse et provoquer une grave péritonite; puis encore il faut drainer l'abcès, par conséquent ne pas reconstituer la paroi, et une éventration est à redouter; enfin, si malgré nos tentatives dangereuses, l'appendice nous échappe, une récidive est à craindre et une opération deviendra peut-être urgente. Nous discutons chacune des assertions des adversaires et nous concluons en définitive qu'un certain éclectisme est nécessaire. Nous opérons à chaud les appendicites au début, dans les premières vingt-quatre heures, si nous sommes appelés à temps, pour couper court aux accidents ultérieurs et avant que le vermium, libre encore, puisse se dérober dans les exsudats purulents; nous opérons aussi dans les cas qui nous paraissent particulièrement graves. Mais il nous semble prudent d'attendre dans les crises qui paraissent devoir « refroidir » sans encombre.

Appendicite et typhlo-colite, entéro-colite et appendicite.

(*Bulletin de l'Académie de Médecine; Cliniques de la Charité sur la chirurgie journalière*, p. 280 et 288.)

Ces leçons sont un écho de la discussion soulevée à l'Académie de médecine par notre regretté collègue et ami le professeur Dieulafoy. A deux reprises différentes et à neuf années d'intervalle, il reprit, en somme, la même thèse, c'est qu'il y a une sorte d'antagonisme entre l'entéro-colite muco-membraneuse et l'appendicite, et que être atteint de la première, nous préserve de la seconde. Nous pûmes montrer alors, par un grand nombre d'observations personnelles ou communiquées par des collègues, que, malgré l'existence d'une entéro-colite incontestable, on pouvait être frappé d'une appendicite démontrée telle par une opération, opinion professée déjà par quelques médecins et universellement acceptée aujourd'hui. Neuf ans plus tard, notre éminent collègue reprend la question, mais sous une autre forme : il y a des fausses appendicites qui ne sont autres que des entéro-colites; des chirurgiens ignorants ou peu scrupuleux les opèrent, et la preuve évidente qu'il ne s'agissait pas d'appendicite mais d'entéro-colite, c'est que malgré l'extirpation de

l'appendice les mêmes douleurs ont persisté : l'opération n'a rien guéri du tout. Nous répondîmes que justement, dans ces cas-là, il y a coexistence, et nous affirmions qu'elle est fréquente, d'une entéro-colite et d'une appendicite ; qu'on a supprimé celle-ci sans toujours supprimer celle-là. Mais loin de nous apitoyer sur le sort des « balafrés de Plombières et de Chatel-Guyon », nous les félicitons d'être débarrassés de leur appendice enflammé. Du moins, ils ne mourront pas, de son fait, de péritonite foudroyante.

Appendicite chronique.

(*Cliniques de la Charité sur la chirurgie journalière*, p. 297, 1909.)

Peut-être le dissentiment, souligné par la discussion à l'Académie de médecine, avait-il pour raison que le professeur Dieulafoy n'admettait guère l'existence de l'*appendicite chronique d'emblée* que les chirurgiens considèrent comme extrêmement fréquente. Même, beaucoup d'entre nous pensent que l'appendicite vulgaire ne serait qu'une poussée aiguë de l'appendicite chronique dont l'existence est affirmée par tous les opérateurs. Le microscope a sanctionné cette forme de l'appendicite et le professeur Cornil, entre autres, s'est fait à l'Académie de médecine le défenseur autorisé de cette doctrine : dans nos discussions sur l'entéro-colite, il a apporté à l'appui de notre thèse des arguments irréfutables.

Typhlite et appendicites tuberculeuses.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 317, 1894.)

« Les observations de tuberculose du cæcum s'accumulent, et depuis quelques années les faits cliniques et les descriptions anatomiques qui se multiplient ont jeté quelque clarté sur cette affection si grave et si souvent méconnue. A cette heure, les cas en sont assez nombreux pour que j'en puisse présenter un tableau d'ensemble, et je vais l'essayer en m'appuyant sur des observations personnelles.... Il semble que l'on

peut admettre deux formes anatomo-pathologiques distinctes, qui se traduisent du reste par des symptômes différents : une variété de tuberculose fibreuse ou hypertrophiante et une variété ulcéreuse. D'ailleurs elles peuvent se combiner et l'on peut constater entre elles deux tous les intermédiaires. La première forme est le plus souvent prise pour un cancer, même pièces en mains, même après l'examen histologique. Dans la deuxième, des abcès se forment qui s'ouvrent à l'intérieur et donnent naissance à des fistules pyo-stercorales. Il y a une troisième forme qu'a bien vue Richelot et qu'a étudiée le professeur Cornil : souvent, au lieu de la concrétion stercorale qui se produit dans l'appendicite et dont la présence irrite ou perfore les membranes, une ulcération tuberculeuse se formerait, colonie bacillaire qui détruirait la paroi ; le coli-bacille d'ailleurs se mettrait de la partie, franchirait les tuniques de l'intestin pour provoquer la suppuration, de telle sorte que nombre d'appendicites, jusqu'ici regardées comme d'origine inflammatoire, auraient pour cause première la présence du bacille de Koch. »

Ramollissemsnt aigu d'une anse intestinale étranglés.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 292, 1888.)

« J'ai opéré un malade trois heures après le début d'un étranglement survenu dans une grosse hernie inguinale. Je devais trouver l'intestin congestionné sans doute, œdémateux et rouge, mais du moins je comptais sur l'intégrité absolue de ces tuniques. Or j'ai constaté un ramollissement tel de l'anse herniée, que, aux premières tentatives de réduction, le mésentère s'est déchiré et l'intestin crevé en plusieurs parts ; j'ai dû créer un anus artificiel.... Nous avons recherché la pathogénie de ce ramollissement aigu, et il faut l'attribuer, je crois, à une hémorragie encépbalique que le malade avait eue autrefois ; on sait que, dans ces cas, il survient souvent des altérations viscérales, des suffusions sanguines, des apoplexies qui frappent l'anse herniée.... Tel est ce fait exceptionnel, dont nous tirerons cet enseignement, c'est que, chez les individus atteints de lésions cérébrales, il faudra se méfier des hernies : elles auront beau être

inguinales, très volumineuses, étranglées depuis peu, c'est-à-dire se trouver dans les conditions les meilleures de réussite, on ne comptera pas absolument sur l'intégrité des parois ; elles peuvent être atteintes profondément, friables, ramollies, et l'on devra procéder à leur examen avec une minutie et une douceur particulières. »

Traitement des kystes hydatiques du foie.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 334, 1888; *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 265, 1894.)

« Aussi — et telle est notre conclusion — lorsqu'on soupçonne l'existence d'un kyste hydatique du foie, il faut pratiquer la ponction aspiratrice, sans danger pourvu que l'asepsie soit complète; cette ponction assure le diagnostic et l'on dit qu'elle a suffi plusieurs fois pour amener la guérison. Mais dès que le liquide s'est reproduit, on aura recours à la laparotomie : une incision sur la ligne blanche, ou parallèle au rebord des fausses côtes, fournira sur la tumeur des renseignements précis ; au chirurgien de régler sa conduite ultérieure d'après la variété du kyste et les conditions anatomiques ; il verra s'il doit ouvrir le kyste en un temps ou en deux temps (1888). »

— « Il y a six ans, la thérapeutique du kyste hydatique du foie me paraissait définitivement fixée et les moyens chirurgicaux, l'ouverture large de la poche, avaient conquis toutes les adhésions. Mais voici que nous assistons à un retour offensif de la médecine : la ponction suivie d'injections parasiticides dans la poche reparaît appuyée sur de tels succès qu'on ne saurait plus la regarder comme une quantité négligeable.... Une innocuité sans doute plus grande, une guérison certainement plus rapide, tels sont les arguments à retenir en faveur du traitement médical ; — une guérison plus certaine, mais sujette à un retour offensif, voilà qui plaide en faveur de l'intervention chirurgicale. En vérité, nous ne trouvons là rien de péremptoire et qui puisse nous décider. Heureusement quelques indications cliniques se dégagent dès aujourd'hui et le diagnostic de telle ou telle variété conduirait au procédé à choisir : incision large dans les kystes suppurés, dans les kystes récidivés, à paroi calcifiée, dans

les kystes presque émergés du tissu hépatique auquel ils sont fixés par un mince pédicule, kystes encombrés de vésicules filles, enfin kystes volumineux, tendus, prêts à se rompre.

« Injections parasiticides dans les kystes à parois souples, à vésicules peu nombreuses, et d'où la ponction a retiré non du pus, mais en quantité appréciable du liquide clair; on doit alors recourir aux procédés de Debove ou de Hanot.... Vous le voyez, je fais un grand pas vers la doctrine médicale et, en dehors des variétés spéciales énumérées tout à l'heure et qu'il est plus facile d'indiquer que de diagnostiquer, je propose de commencer le traitement du kyste hydatique par la ponction, l'évacuation du liquide et l'injection parasiticide; mais, en cas d'échec immédiat ou de récidive, je m'adresserai à l'incision en un ou deux temps, opération à peu près innocente et qui n'en est plus à faire ses preuves (1894). »

Traitement des kystes hydatiques du foie.

(Cliniques de la Charité sur la chirurgie journalière, p. 332, 1909.)

La question a bien marché depuis lors — et la marsupialisation, progrès incontestable à l'époque — a comme grave inconvénient d'être très longue à guérir; un an était souvent nécessaire pour amener l'oblitération de la poche et la guérison de la fistule, sans parler de l'éventration qui ne tarde pas à se produire au niveau de la cicatrice. Aussi, lorsqu'on le peut, adopte-t-on la méthode de Bond et de Thornton qui, vers 1890, fit son apparition dans la chirurgie. Elle consiste, dans son essence, à mettre à nu le kyste, à l'ouvrir, à le vider par une toute petite incision, en ayant soin d'en retirer tout, liquide, sable échinococcique et scolex, membranes fertiles, et ne s'arrêter qu'à la tunique adventive; puis on referme l'incision hépatique, avec ou sans capitonnage de la poche et on abandonne la tumeur sans drainage, après avoir suturé l'incision externe. En Australie et en Argentine, on ne s'inquiète même pas de fermer l'incision hépatique. En France, nous sommes infiniment plus prudents et, avec Devé,

puis Quénu, on stérilise, avant de l'évacuer, le liquide et la poche, pour éviter la greffe des échinocoques sur un point quelconque du péritoine ou de la paroi.

Entérostomie biliaire.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1892, p. 767; *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 239.)

« Les symptômes étaient tels qu'il s'agissait sans conteste d'une obstruction du canal cholédoque et, en France du moins, les neuf médecins consultés étaient tombés d'accord sur ce point. Mais avait-on affaire un cancer ou à un calcul? La laparotomie devait donner la solution du problème. D'ailleurs, dans les deux hypothèses, un traitement identique était indiqué. Ne fallait-il pas de toute nécessité donner un libre écoulement à la bile dont la rétention devait à brève échéance détruire le foie et empoisonner l'organisme? L'entérostomie biliaire devait assurer cette évacuation; c'est le résultat que nous avons obtenu par notre opération, et le patient a, pour ainsi dire, ressuscité sous nos yeux. Aussi pensons-nous, et ce sera notre conclusion dernière, que dans les obstructions du cholédoque, l'intervention chirurgicale doit être proposée dès qu'on a constaté l'échec d'une thérapeutique médicale rationnelle. »

Entérostomie biliaire et calcul du cholédoque.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 254, 1894.)

« Nous avions, sur le malade du travail précédent, diagnostiqué, au cours de l'opération : calcul du canal cholédoque. M. Terrier, sur le seul fait de la dilatation considérable de la vésicule biliaire, avait affirmé l'existence du cancer dans notre cas. Au bout de huit mois notre opéré nous revint avec des douleurs telles, qu'il réclamait une intervention nouvelle; nous ouvrons le ventre et nous trouvons, non le calcul que nous croyions avoir senti lors de notre cholécystentérostomie, mais un cancer

du pancréas. M. Terrier avait donc eu raison. Tout en retenant ce signe qui, dans notre cas particulier, eût conduit au diagnostic, je puis signaler bien des cas réfractaires à cette loi; celui de Sabourin et Raynaud, de Billroth, de Lancereaux, de Hanot, de Cruveilhier, de Bright, de Barth, de Harley.... En résumé, lorsque la rétention biliaire provoque la dilatation de la vésicule, on doit redouter le cancer de la tête du pancréas comme nous l'ont appris Courvoisier et Terrier; en effet, si les calculs du cholédoque peuvent, ainsi que le démontrent nombre d'observations authentiques, provoquer une rétro-dilatation des voies biliaires, c'est leur atrophie que l'on constate le plus souvent. Ce fait prouve encore que le cancer du pancréas n'a pas toujours une évolution tellement rapide que moins d'un an suffise pour emporter le malade, puisque le nôtre a vécu vingt et un mois depuis les premiers accidents. Il prouve enfin que l'entérostomie biliaire est indiquée toutes les fois qu'il existe sur le cholédoque un obstacle au cours de la bile: dans les cas de calcul, l'intervention procurera une guérison durable, et dans la néoplasie de la tête du pancréas, elle pourra retarder le mal en conjurant l'empoisonnement que provoque la rétention de la bile. »

AFFECTIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM

Traitement des abcès de la région ano-rectale;
Des abcès de la région ano-rectale et de leur traitement.

(*Archives générales de Médecine et de Chirurgie*, VIIe s., t. XVIII, p. 641; *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 351, 1888; *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 353, 1894.)

« Tout abcès de la région ano-rectale doit être traité comme une fistule borgne externe, dont, après ouverture spontanée ou provoquée, il est devenu le parfait équivalent (1884). »

« Pour les abcès intra-sphinctériens, de beaucoup les plus nombreux,

dans la proportion de dix à un, si j'en crois mes relevés, nous aurons recours à la méthode de Fajet; pour les extra-sphinctériens, de bons chirurgiens paraissent avoir obtenu des succès par la simple incision antéro-postérieure; nous devons essayer du procédé, car, s'il est efficace, il est supérieur à l'incision du sphincter, puisqu'il provoque moins de délabrement, guérit plus vite et n'expose pas à l'incontinence des matières fécales (1894). »

Des diverses formes des abcès péri-anaux et de leur traitement.

(Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, p. 362.)

« Une étude plus attentive des abcès de la région ano-rectale m'a prouvé qu'il faut en distinguer deux variétés : je dis deux pour laisser de côté une forme peu importante, les abcès de la rainure interfessière, collections intra-dermiques, sorte de furoncles qui se développent dans l'appareil pilo-sébacé; ils ont parfois une origine tuberculeuse. Si l'on consulte les classiques à l'article « abcès de la région ano-rectale », on ne trouve mentionnés, entre les collections intra-dermiques, que les abcès de la fosse ischio-rectale; à lire les descriptions de nos maîtres, il semble que le pus s'amasse toujours entre le releveur de l'anus et le sphincter en dedans, l'ischion et le pubis en dehors; nos recherches nous ont prouvé qu'il n'en est rien, et que si ces collections que nous nommons extra-sphinctériennes, c'est-à-dire situées en dehors du sphincter, existent réellement, elles sont peu fréquentes : le plus souvent les abcès de l'anus sont logés sous la peau marginale et sous la muqueuse, en dedans du sphincter; aussi, dans notre classification, leur réservons-nous le nom d'intra-sphinctériens. Nous avons été les premiers à établir cette distinction; plus tard, nous avons vu qu'Allingham la connaissait. Notre élève Mélloche, dans un historique très étudié, constate que Danyau avait soupçonné ces deux localisations possibles des abcès péri-anaux.

« Or les abcès intra-sphinctériens ou sous-cutanéo-muqueux qu'ignoraient nos maîtres sont les plus fréquents : dans quelles proportions, je ne saurais le dire, et de nouvelles statistiques sont nécessaires. Sur

33 observations recueillies dans notre service, j'ai trouvé 29 abcès intra-sphinctériens et 4 extra-sphinctériens ou de la fosse ischio-rectale. D'après le relevé d'une année à l'hôpital Broussais, j'ai constaté que 18 étaient intra-sphinctériens et 1 seulement extra-sphinctérien; dans notre service de la Pitié, j'ai observé 2 abcès ischio-rectaux contre 27 sous-cutanéo-muqueux. Je ne saurais donc me prononcer avec certitude, mais j'imagine que la proportion de 1 sur 15 correspond à peu près à la réalité des choses. »

Traitement des hémorroïdes.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1892, p. 502; *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 371, 1894.)

« Autrefois je me contentais de forcer le sphincter, même dans les cas de bourrelets volumineux, et le plus souvent j'ai vu cette intervention suffire à elle seule pour amener la disparition totale des hémorroïdes. Mais, comme ce résultat n'est pas toujours obtenu, comme la récidive peut survenir lorsque les varices sont abondantes, j'ai maintenant recours à la dilatation et à l'incision simultanées quand une masse de quelque importance sort à travers l'anus relâché. La guérison en est plus sûre, plus durable et l'opération en reste aussi simple et aussi innocente. Aussi je termine par cette proposition : pour peu que les hémorroïdes soient gênantes et ne cèdent pas au traitement médical, ayez recours à la dilatation ; vous la compléterez, si les varices sont volumineuses, par l'incision suivie de suture, selon le procédé si simple que je vous ai décrit. »

Traitement des hémorroïdes.

(*Cliniques de la Charité sur la chirurgie journalière*, p. 358, 1909.)

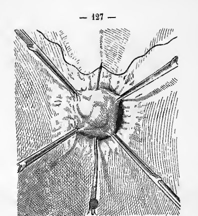
Le procédé sanglant s'affirme dans ce mémoire où je décris d'abord la technique de l'anesthésie localisée, qui nous donne des résultats

remarquables. Puis je saisis, avec une pince de Chaput, les plus gros fragments hémorroïdaires que je veux exciser, respectant toujours entre eux un pont de muqueuse pour éviter les rétrécissements consécutifs trop souvent observés après l'emploi de la méthode de Witehead. On suture au catgut les lèvres de la perte de substance et l'on passe à un autre paquet; trois ou quatre prises sont en général suffisantes. Avec la plupart des auteurs, nous n'empiétons pas, dans nos excisions, sur la peau marginale, pour éviter les éversions de la muqueuse que pourrait provoquer les rétractions cutanées.

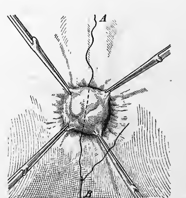
Traitement chirurgical des hémorroïdes.

(*Presse médicale*, 23 novembre 1910.)

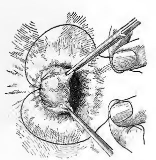
Dans ce mémoire, nous décrivons un nouveau procédé qui nous donne des résultats remarquables. Il consiste — bien entendu sous le couvert de l'anesthésie locale — à pédiculiser le paquet vasculo-muqueux que l'on veut extirper en traversant sa base par une aiguille de Reverdin armée d'un fil, grâce auquel on fait la ligature serrée de la première moitié du pédicule, puis, reprenant les deux chefs du même fil, on étreint, la moitié déjà serrée et celle qui ne l'a pas été encore, par un double nœud : on doit, dans ce second temps, tenir la traction des deux chefs, de façon à réduire au maximum le pédicule. On coupe alors le paquet vasculaire assez loin du fil pour que le nœud ne puisse glisser : on touche la tranche à la teinture d'iode et l'on passe à une autre prise : on en pratique ainsi quatre ou cinq dans les cas ordinaires. La supériorité de cette opération sur les autres est d'être d'une extrême simplicité; pas une goutte de sang ne vient voiler le champ opératoire, et la cicatrisation se fait avec une rapidité invraisemblable : lorsque, au septième jour, on fait le toucher rectal, le trajet ano-sphinctérien présente à peine de petites saillies déjà épidermisées et le fil semble résorbé.



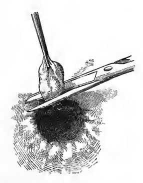
Les quatre pinces de Kocher ont été placées en quatre points d'un paquet hémorroïdaire volumineux et une aiguille de Reverdin munie d'un catgut n° 1, souple et solide, en a embroché la base.



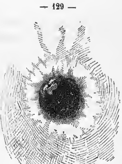
L'aiguille a été retirée et l'on voit le catgut, libre en haut et en bas, figuré par un pointillé sous le paquet hémorroïdaire.



Ici une moitié du paquet vasculaire a été étreinte et pédiculisée et les deux chefs du catgut vont entourer maintenant la seconde moitié maintenue par les deux pinces; un double nœud va être fait pour étreindre cette seconde moitié.



La pédiculisation est obtenue. Il ne reste plus qu'à sectionner le paquet hémorroïdaire en portant le tranchant du ciseau assez loin du fil pour ne pas le couper et pour que la ligature ne cède pas.



La section du paquet vasculaire est faite ; on voit le pédicule et au-dessus la tranche de section assez étalée pour empêcher le glissement du fil.

Molluscums fibreux de la région ano-rectale.

(*Archives générales de Médecine et de Chirurgie*, VII[e] s., t. XVI, p. 271 ; *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 375, 1888.)

« Cette affection est trop fréquente pour n'avoir pas été signalée maintes fois et nous retrouvons sa trace dans nombre d'observations ; mais la description en est trop vague pour qu'on puisse la distinguer sûrement des polypes de toutes sortes, des hémorroïdes sèches, des néoplasmes syphilitiques et surtout du fameux condylome, mot qui englobe tout et ne précise rien. Hamonic cependant nous montre que Rognetta l'avait décrit en 1836 sous le nom de « verrues de l'intestin rectum ». Cet auteur les sépare des végétations vénériennes et des polypes, et s'il admet leur dégénérescence possible en cancer, les deux affections ne lui paraissent pas moins fort dissemblables. Les verrues, en effet, sont de nature bénigne ; Esmarch, Curling, Gosselin surtout ont des velléités de séparer sous des noms divers les molluscums fibreux des autres excroissances rectales. Mais nous avons été le premier à présenter un tableau

d'ensemble de cette affection dont, plus tard, Hamonic, inspiré par le professeur Trélat, a fait le sujet de sa thèse inaugurale sous le nom de « rectite proliférante ».

Fistule congénitale de la région ano-coccygienne.

(*Gazette hebdomadaire*, 28 avril 1882, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, 1884.)

« Terrillon appelait récemment l'attention de la Société de Chirurgie sur la fistule congénitale creusée dans les téguments qui avoisinent la base du sacrum. M. Després, dans une courte improvisation, MM. Heurtaux et Lannelongue, dans d'importants mémoires, insistaient à leur tour sur des trajets semblables observés au niveau du coccyx. Nous venons de recueillir un cas où la dépression se trouve beaucoup plus bas, dans la région péri-anale, ce lieu d'élection des fistules acquises. L'intérêt qui résulte de ce siège particulier nous paraît assez grand pour que nous exposions ce fait unique dans la science, si nous en croyons le résultat négatif de nos rapides recherches. L'orifice mesure 4 à 5 millimètres de diamètre; une sonde de femme y pénètre sans difficulté, mais elle est arrêtée après un trajet de 2 centimètres; le canal se rétrécit alors et n'admet plus qu'un stylet qui remonte jusqu'à une hauteur de 5 centimètres pour heurter contre un cul-de-sac; la paroi en est absolument souple et tapissée d'un épiderme; l'origine en est congénitale. »

Traitement du cancer ano-rectal.
De l'extirpation du cancer du rectum.

(*Gazette hebdomadaire*, 6 juillet, 1881; *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 417, 1884; *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 366, 1894.)

« 1° Lorsque le cancer ano-rectal est bien limité, mobile, non adhérent, c'est à l'ablation qu'il faut avoir recours ; 2° lorsque les limites supérieures du cancer ne dépassent pas le bout du doigt, et si le néoplasme est adhérent, c'est la rectotomie de Verneuil et Panas qui doit

être préférée; 3° lorsque le cancer envahit un long segment du rectum et qu'il a gagné les organes voisins. il faut établir un anus artificiel; 4° la colotomie lombaire a pour elle la consécration d'une longue expérience, mais peut-être l'anus de Littre serait-il préférable. » (1881)

« Il y a eu en Allemagne, peut-être même un peu en France, une véritable débauche d'extirpation; un cancer du rectum était enlevé, quelque volumineux qu'il fût, quelque adhérent qu'il pût être aux tissus voisins; on ne craignait pas de réséquer de larges parties d'intestin, d'ouvrir le vagin, l'utérus, le péritoine, d'intéresser la prostate ou la vessie, de reconstituer, par la destruction des cloisons qui séparent ces divers organes, le cloaque primitif des périodes embryonnaires. Le résultat de cette pratique ne fut pas long à constater; la plupart de ces opérés étaient emportés par le choc opératoire, les hémorragies primitives et secondaires et toutes les septicémies.

« Qu'avaient gagné à ces extirpations ceux qui échappaient aux accidents opératoires? Une récidive à brève échéance, une fistule persistante, un sphincter paralysé. On avait donc tous les dangers, la mortalité effrayante de ces interventions à prétention radicale pour n'obtenir, en définitive, que les résultats des opérations palliatives : une récidive si rapide qu'elle équivaut à la continuation du premier cancer et un sphincter insuffisant aussi peu capable de régler le cours des matières que l'orifice artificiel ouvert au-dessus de la tumeur. Une vive réaction était donc à prévoir, et l'anus iliaque, pour lequel nous luttons depuis près de 12 ans, a regagné tout le terrain perdu.... Je suis partisan convaincu des interventions radicales; du moins faut-il que la tentative n'en soit pas déraisonnable et je résume les développements qui précèdent par cette simple conclusion : Dans les tumeurs malignes du rectum, l'extirpation ne me semble indiquée que lorsque le cancer est petit et mobile; elle peut donner alors d'excellents résultats et les trois beaux faits personnels que je vous ai signalés m'en paraissent une preuve convaincante » (1894).

Anus iliaque et anus lombaire.

(Ier Congrès français de Chirurgie, mai 1885; *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu,* p. 316, 1888. En collaboration avec le professeur Verneuil.)

« L'anus artificiel peut être ouvert dans la fosse iliaque gauche et s'abouche alors dans l'S iliaque ou bien dans la région lombaire du même côté et pénètre dans le côlon descendant. Chacun a ses défenseurs et en France, Fochier, Labbé, Mollière, Tillaux, Peyrot et surtout Trélat préconisent hautement la supériorité de l'anus lombaire; Rochard, Huguier Richet et surtout Verneuil tiennent pour l'anus iliaque; telle est aussi ma conviction, que je vais essayer de vous faire partager en reproduisant les arguments que mon maître Verneuil et moi avons exposés au premier Congrès français de chirurgie.

« Les partisans de la colotomie lombaire indiquent cinq arguments de valeur inégale : 1° l'anus situé en arrière, comme l'anus normal, constituerait une infirmité moins dégoûtante et mieux tolérée par les malades; 2° cet anus serait moins exposé au renversement de la muqueuse et au rétrécissement consécutif; 3° la courbure brusque imprimée à l'intestin pour l'amener à fleur de peau, à travers l'épaisseur des téguments incisés, entraîne la formation d'un éperon saillant qui conduit le bol fécal au dehors et empêche son passage du bout supérieur dans l'inférieur; 4° le côlon descendant appliqué contre la paroi postérieure de l'abdomen et plus fixe que l'S iliaque, mobile grâce à son méso est moins facilement déplacé; 5° enfin le péritoine, ouvert par l'anus inguinal, est respecté par la colotomie lombaire, de ce fait moins dangereuse.

« Le premier argument est sans valeur; nous le retournons même contre les partisans de l'anus lombaire et, toutes choses égales d'ailleurs, nous préférons l'anus de Littre, placé sous les yeux et sous la main de l'opéré. La hernie de la muqueuse intestinale, son renversement n'est pas moins rare dans l'anus lombaire que dans l'anus iliaque, ainsi qu'il ressort de la lecture des observations, et ce deuxième argument tombe comme le premier. Le troisième, la saillie que présente l'éperon dans la

colotomie lombaire, a pour nous une haute valeur, car cet éperon arrête les matières fécales, les dirige vers l'anus artificiel et s'oppose à ce qu'elles s'engagent dans le bout inférieur, où les accumulations provoquent une distension souvent dangereuse. Mais par le procédé de Verneuil et par notre procédé en deux temps, l'anus iliaque est doté d'un éperon autrement solide que celui de l'anus lombaire, et de ce fait l'avantage reste encore à l'anus iliaque. Le quatrième argument, la plus grande fixité du côlon opposée à la mobilité de l'S iliaque, se retourne aussi en notre faveur et ce qui assure la grande supériorité de l'anus iliaque, c'est que celui-ci se fait facilement et pour ainsi dire à coup sûr, tandis que l'anus lombaire est si difficile qu'un opérateur comme Trélat n'a pu 2 fois sur 9 trouver le côlon descendant et a placé l'anus sur l'intestin grêle. Reste le dernier argument : l'anus lombaire n'ouvre pas le péritoine, aussi serait-il d'un pronostic moins redoutable. Or la pratique a démontré l'innocuité absolue de cet anus iliaque. Aussi vous dirai-je comme conclusion : la colotomie iliaque doit devenir le procédé de choix, car elle nous donne un anus artificiel mieux placé, d'une gravité moindre et d'une exécution plus facile et plus sûre » (1885).

« Depuis le jour où a paru ce mémoire, la question a marché et l'on peut dire que nous avons cause gagnée : la presque totalité des colotomies pratiquées dans ces derniers temps sont des colotomies inguinales; la plupart des membres de l'Association britannique s'en sont déclarés partisans et nous croyons que M. Trélat lui-même, qui vient d'avoir recours trois fois à cette opération, pense, tout en présentant quelques réserves d'ordre secondaire, que « l'avenir est à l'anus iliaque ».

Traitement des cancers inopérables du rectum. De la colotomie iliaque en deux temps.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 397; *Gazette hebdomadaire*, 12 mars 1890.)

« Nous avons établi que les tentatives d'extirpation, pour les cancers du rectum volumineux et adhérents, donnaient comme résultat, lorsque

la mort n'en était pas la conséquence rapide, l'équivalent d'une mauvaise opération palliative : une récidive si prompte qu'elle n'était en réalité qu'une continuation du néoplasme primitif, et un sphincter incontractile, aussi incapable qu'un anus artificiel de régler le cours des matières fécales. Aussi la conclusion s'impose et, lorsque la tumeur n'est pas petite et mobile, on doit avoir recours, non à des interventions prétendues radicales, qui, sous prétexte de guérir le malade, le tuent, mais à des opérations palliatives dont les mérites seront de faire disparaître les douleurs, de s'opposer à l'obstruction toujours imminente et peut-être de retarder la marche du cancer.

« L'intervention de choix, dans les cancers inopérables du rectum, est la création, au-dessus du néoplasme, d'une voie de dérivation, par où s'écoulent les matières fécales. Le lieu où il faut placer cet anus *artificiel* a soulevé de vives discussions : nous ne parlons pas de celles du siècle dernier, mais des luttes où nous avons pris part et où, avec Verneuil, nous avons défendu la supériorité de l'anus inguinal ou iliaque, l'anus de Littre, du nom de son inventeur, contre l'anus lombaire ou l'anus de Callisen, établi en arrière, au-dessus de la crête iliaque et sur le côlon descendant. La victoire nous est restée, et aussi bien en France qu'en Allemagne et qu'en Angleterre, partout maintenant on ouvre le gros intestin au-dessus du ligament de Poupart; il faudrait, pour opérer dans la région lombaire, un cas de force majeure, l'extension du cancer à l'S iliaque. L'anus de Littre a triomphé, d'abord parce qu'il ne le cède en rien à l'anus de Callisen, et parce qu'il a sur lui une double supériorité : sa meilleure situation sous l'œil et sous la main de l'opéré, qui peut plus facilement en surveiller la propreté; et surtout l'extrême facilité de l'opération, que peuvent mener à bien les plus modestes, j'oserais presque dire les plus inexpérimentés en chirurgie.

« Le seul point maintenant à l'étude paraît être la technique opératoire. Au début, on se contentait de fixer, par des points de suture, le bord convexe de l'intestin aux deux lèvres de la plaie de l'abdomen; l'anse, simplement ouverte, n'était pour ainsi dire que tangente à la paroi du ventre; il n'y avait donc pas d'éperon entre le bout supérieur et le bout inférieur, comme lorsque l'intestin s'engage par un orifice et

juxtapose les deux branches de son anse en canon de fusil. Aussi une partie des matières fécales passe bien par l'anus artificiel, mais une autre partie peut continuer son trajet primitif, s'engager dans le rectum et arriver jusqu'au cancer où elle s'arrête. Or il n'est pas indifférent que le bol fécal s'accumule en ce point; outre les douleurs qu'il y cause, le ténesme qu'il provoque, les fausses envies qu'il multiplie, on a observé des inflammations graves, des phlegmons, des ruptures même de l'intestin et des péritonites.

« On a imaginé bien des méthodes pour éviter ce grave inconvénient. L'opération de Madelung est bien compliquée : elle consiste à attirer l'anse intestinale au dehors et à la sectionner en travers; le bout inférieur, préalablement et incontestablement reconnu, est oblitéré par une double rangée de sutures et réintégré dans le ventre; d'autres chirurgiens, il est vrai, fixent par une couronne de sutures l'orifice béant de ce bout à l'angle inférieur de la plaie, méthode plus sûre, qui permet le lavage du bout inférieur et son dégorgement, par reflux et mouvements anti-péristaltiques, des matières sanieuses et muqueuses que le néoplasme et les parois rectales sécrètent parfois abondamment. Quant au bout supérieur, celui par lequel s'écouleront les matières et qui, par conséquent, constitue le nouvel anus, on le fixe à l'angle externe par des fils de soie ou des crins de Florence. Cette méthode est du moins radicale et, grâce à elle, on est sûr de dériver, à l'extérieur, la totalité des matières fécales; la plus minime partie d'entre elles ne pourra s'engager dans le bout inférieur.

« Verneuil arrive plus simplement au même résultat ; après avoir fait, parallèlement à l'arcade de Fallope, à deux travers de doigt au-dessus d'elle et à égale distance du pubis et de l'épine iliaque supérieure, une incision cutanée de 4 centimètres environ, il coupe l'aponévrose, les muscles, le fascia transversalis, enfin le péritoine. Presque toujours, dès la première ouverture de sa cavité, une petite frange épiploïque de l'S iliaque apparaît; on n'a qu'à l'attirer à soi et le gros intestin la suit. Mais si l'on reconnaissait l'anse régulière et bien calibrée de l'intestin grêle, on la refoulerait en haut et l'on chercherait l'S iliaque, reconnaissable justement à ses expansions graisseuses, à ses bosselures, à ses

bandes musculaires longitudinales, et c'est elle qu'on amènerait dans la plaie. On hernie une anse entière à l'extérieur et on la fixe au pourtour de la plaie. Les deux bouts de l'anse, ainsi exprimés au travers de l'incision cutanée, sont accolés en canon de fusil, et forment ainsi un solide éperon qui s'oppose à ce que les matières du bout supérieur s'engagent dans l'inférieur.

« Maydl, de Vienne, a proposé de pratiquer cette opération en deux temps : l'anse intestinale est attirée dans la plaie, comme dans le procédé de Verneuil, et forme, par conséquent, deux bouts accolés en canon de fusil; elle est fixée par des points de suture, mais au lieu d'être ouverte immédiatement, on ne l'incise qu'au bout de cinq à six jours, lorsque les adhérences qui se forment spontanément entre le péritoine et l'intestin sont assez solides. On est alors certain que les matières fécales ne s'insinueront pas dans le ventre pour y allumer une péritonite. Je ne décrirai pas ce procédé, il est compliqué et nécessite plusieurs plans de suture qui rendent l'opération fort longue. Mais j'ai proposé une modification, ou plutôt une série de simplifications généralement acceptées, et, surtout depuis l'emploi de la cocaïne, on peut dire que la création d'un anus artificiel iliaque par notre procédé en deux temps est devenue une opération de petite chirurgie.

« Je fais, suivant la ligne indiquée par Verneuil, une traînée anesthésique à la cocaïne qui mesure 4 à 5 centimètres environ; deux ou trois seringues de Pravaz d'une solution à 1 pour 100 y suffisent. Puis, je coupe la peau jusqu'à l'aponévrose. Ici, nouvelle injection et j'insinue sous l'aponévrose, entre elle et le péritoine, le contenu d'une ou deux seringues de la même solution à 1 pour 100, j'incise l'aponévrose, j'incise la séreuse, je reconnais l'S iliaque, j'en attire une anse et je la maintiens au dehors par une bougie en gomme que je passe au-dessous d'elle, à travers le mésocôlon. Cette sonde est fixée elle-même par des bandes transversales imbibées de collodion iodoformé; bougie et bandes s'opposent à ce que l'anse rentre dans le ventre d'une part, et de l'autre à ce que de nouvelles anses soient expulsées au dehors par une quinte de toux ou un effort quelconque. D'ailleurs, l'anse intestinale herniée est protégée par un pansement compressif, une sorte de niche de ouate

hydrophile, ointe de vaseline boriquée, salicylée et iodoformée, que l'on maintient par un bandage de corps. L'opération est terminée; elle a duré de 3 à 8 minutes.

Je trouve donc ce procédé excellent et je m'y tiens; cependant j'y ajoute encore un léger perfectionnement : dans notre procédé aussi bien que dans le procédé de Verneuil, j'ai vu parfois l'éperon disparaître par rétraction progressive du méso et le bout supérieur communiquer à nouveau avec l'inférieur. Chez quelques-uns de mes opérés, les matières ont pu aller jusqu'au cancer et provoquer des épreintes; aussi, lors de mes dernières opérations, lorsque l'anse est retirée, je prends, dans une aiguille de Reverdin, la peau, l'aponévrose, la séreuse d'une lèvre de mon incision abdominale, la séreuse, l'aponévrose, la peau de l'autre lèvre et je les unis par un crin de Florence qui passe juste entre les deux branches de l'anse accolées en canon de fusil et divise par conséquent l'orifice primitif en deux orifices secondaires séparés l'un de l'autre par le pont cutané dû à mon point de suture et qui, chacun, livrent passage à l'une des deux branches de l'anse intestinale. La rétraction de l'éperon a beau se faire alors, les deux bouts intestinaux sont définitivement écartés par une bride tégumentaire. On a, mais plus simplement et à moins de frais, l'équivalent de l'opération de Madelung.

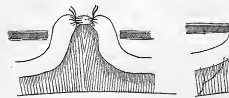
En résumé, lorsque les cancers du rectum sont volumineux et adhérents, lorsque, par conséquent, l'extirpation aura comme conséquence une mortalité considérable, pour n'aboutir, dans les cas les plus heureux, qu'à une récidive prompte, le mieux est d'avoir recours sans tarder à la création d'un orifice artificiel de dérivation qu'on placera sur l'S iliaque. Cette opération, d'une facilité extrême, et qui n'entraîne plus à sa suite aucune mortalité, a pour avantages habituels de modérer la marche du cancer, d'assurer le libre écoulement des matières fécales et de faire cesser les douleurs.

Nouveau procédé d'anus iliaque dans le cancer du rectum.

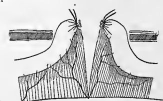
(*Clinique de la Charité sur la chirurgie journalière*, p. 380, 1909; *Journal des Praticiens*, 12 novembre 1910.)

L'anus iliaque en deux temps tel que nous le décrivons plus haut a été accepté par la plupart des chirurgiens; il donne des résultats immédiats excellents : mais la disparition rapide de l'éperon ramène bientôt quelques-uns des plus pénibles accidents du cancer rectal : épreintes, hémorragies, suintement ichoreux. L'opération nouvelle que je propose, certainement plus délicate et moins facile, donne l'issue totale des matières par le bout supérieur et cela tant que dure l'existence. Voici les traits essentiels du procédé : la paroi abdominale est incisée parallèlement à l'arcade crurale et à deux travers de doigt au-dessus d'elle; le péritoine est ouvert et on reconnaît l'S iliaque que l'on attire au dehors; on malaxe délicatement l'anse herniée de façon à refouler vers la partie supérieure et la partie inférieure de l'intestin les matières qui pourraient y être contenues; une aiguille mousse a traversé en deux points, et à environ deux centimètres de distance, le mésocôlon juste à son insertion sur l'S iliaque et a placé deux catguts qu'on serre juste assez pour empêcher les matières de pénétrer dans l'espace oblitéré. D'un coup de ciseau, l'anse est coupée entre les deux fils, à égale distance de l'un et de l'autre, et les deux surfaces de section, étanches d'ailleurs, ont été soigneusement essuyées et coiffées d'une compresse aseptique. Puis alors — et ceci est le point capital et original de l'opération — l'incision est continuée en bas, dans toute la hauteur du mésocôlon dont la transparence permettra de voir et d'éviter les vaisseaux; c'est dire que l'incision ne sera pas toujours rectiligne et qu'on saura obliquer à droite ou à gauche suivant qu'à gauche ou à droite on verra se dessiner une artériole ou une veinule de quelque importance. Il est des cas où le mésocôlon est très court : alors, au lieu d'une seule incision plus ou moins régulièrement verticale, on peut en faire, comme on le voit sur une de nos figures, une ou deux autres plus ou moins longues, suivant la nécessité, pour donner plus de jeu aux deux bouts intestinaux et permettre un plus grand

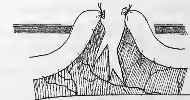
éloignement; on fera ces incisions dans les parties les moins vasculaires du mésocôlon. C'est alors que, en dedans, sur la même ligne parallèle à l'arcade crurale, on pratiquera une seconde incision de la paroi, mais séparée de la première par trois ou quatre centimètres de peau saine, formant « pont » entre les deux orifices. Des deux bouts libérés et rendus motilisables par la section de l'anse et par la section du mésocôlon, l'un, le supérieur, est fixé dans la première incision, tandis que l'inférieur, toujours coiffé par un lambeau de gaze aseptique, est mollement saisi par une pince qui le réintègre dans le ventre, puis l'en fait ressortir par le second orifice où il est fixé par des fils. Notre description, peut-être un peu obscure, s'éclaircit par les figures que nous avons annexées au texte.



La paroi abdominale est incisée; l'S iliaque est attirée au dehors; deux fils temporaires ont été liés pour oblitérer les deux bouts de l'intestin et empêcher, après la section de ce dernier, que le champ opératoire soit souillé par des matières fécales.



L'intestin a été sectionné entre les deux ligatures et le mésentère coupé de façon à permettre l'écartement l'un de l'autre du bout distal et du bout proximal.



Ici, les sections du mésentère ont été multipliées pour permettre un écartement plus considérable des deux bouts intestinaux. Les sections sont faites de manière à éviter les vaisseaux du mésentère.

Deux orifices indépendants ont été créés sur la paroi abdominale. Dans le plus grand, à droite et en dehors, on laissera le bout supérieur; on enlèvera le fil qui l'étreint, et on suturera le pourtour de son calibre aux lèvres de la plaie cutanée. Une pince introduite par le petit orifice va chercher dans le grand le bout inférieur de l'intestin et l'amène dans ce petit orifice.



Les deux bouts intestinaux sont à leur place : le bout supérieur dans le grand orifice, le bout inférieur dans le petit. Il ne reste plus qu'à les y fixer l'un et l'autre par une suture.



Avec mes chefs de clinique, MM. Piquand et Kendirdjy, nous avons déjà, depuis quatre ans, pratiqué sept anus artificiels par ce procédé qui, dans les sept cas, nous a donné un résultat excellent.

Des rétrécissements congénitaux du rectum.

(*Clinique de la Charité sur la chirurgie journalière*, p. 590, 1909.)

Les rétrécissements congénitaux du rectum sont encore mal connus; les troubles qu'ils engendrent n'apparaissent que fort tard, parfois après la cinquantaine et les cliniciens les prennent trop souvent pour des rétrécissements cancéreux acquis. Nous avons vu récemment commettre cette erreur. — Notre travail repose sur trois observations dont la première date de 1898. Nous ne les résumerons même pas; nous rappellerons seulement les caractères qui permettent de reconnaître ces rétrécissements; ils siègent presque toujours à l'union du canal sphinctérien et de l'ampoule rectale, à trois centimètres environ de l'orifice anal; ils sont souples et le diaphragme de la valvule qui les constitue est formé par une mu-

queuse normale assez facilement dépressible pour qu'on puisse y engager le bout de l'index. Et cependant malgré le faible diamètre de la coarctation pendant l'enfance et pendant la jeunesse, ces rétrécissements passent le plus souvent inaperçus; la souplesse de la muqueuse et l'activité des fibres musculaires des intestins jeunes expliquent la facilité avec laquelle le bol fécal franchit l'obstacle. Mais plus tard, — et deux de nos observations en sont de curieux exemples, — la muqueuse du diaphragme et de la valvule, et celles qui siègent au-dessus du rétrécissement s'enflamment, s'épaississent, s'indurent, se desquament; des ulcérations plus ou moins suintantes se forment; des sécrétions malodorantes s'écoulent par l'anus et, pour peu que le malade ne soit plus jeune, on croit au cancer. Or, il ne s'agit que d'une rectite dont le rétrécissement a favorisé l'apparition. On comprend l'importance qu'il y aurait à faire un diagnostic exact, car régulièrement traités ces rétrécissements peuvent guérir et nos trois cas en sont l'exemple.

Je commence par dilater l'anus tous les jours par des bougies d'Hégar que je passe dans le trajet et dans le rétrécissement préalablement anesthésié par des tampons de ouate hydrophile imbibée de cocaïne : le rétrécissement se laisse d'ordinaire dilater et les n°s 9, 10, 11, parfois le 12 pénètrent dans une première séance. Aux n°s 13, 14, 15, la résistance s'accentue; on conduit alors, sur le doigt introduit dans la coarctation, un bistouri boutonné dont 2 ou 3 trois centimètres de lame sont seuls à découvert et l'on fait, en trois ou quatre endroits, sur les points les plus saillants du rétrécissement, de petites incisions de deux millimètres tout au plus et l'on passe une série nouvelle de bougies d'Hégar, 15, 16, 17, 18 par exemple. On peut procéder alors à de nouvelles mouchetures qui permettent l'introduction des n°s 19 et 20, 21 et 22, 23 et 24 et j'ai coutume de m'arrêter à ce calibre vraiment suffisant. A chacune de nos séances et lorsque nous avons retiré la dernière bougie, nous pratiquons une irrigation ana-rectale avec une sonde à double courant et nous faisons passer, sur les tissus irrités, deux litres d'eau coaltarisée, à la température de 50 à 55°. Nous continuons à passer nos sondes pendant deux à trois semaines — et nous croyons cette méthode lente supérieure à tous les procédés rapides.

AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse.

(*Thèse de Paris, n°* 188, 1876.)

Cette monographie est un des tout premiers travaux où l'on soit revenu à la doctrine des « tuberculoses locales », si nettement établie par Cruveilhier, mais niée depuis la vulgarisation de la fameuse « loi de Louis ». D'après un tableau dressé d'après trente autopsies d'individus morts avec des tubercules de la glande spermatique, nous voyons que vingt fois la tuberculose génitale coexistait avec la tuberculose pulmonaire, mais que dix fois la tuberculose génitale était seule observée. Nos recherches démontraient en outre que la doctrine « dualiste » sur l'origine du tubercule, déjà ruinée par Grancher et Charcot pour le poumon, était aussi inacceptable pour le testicule. « Dans le testicule, avaient dit Rindfleisch et Virchow, la granulation grise ne se rencontre jamais », proposition que défendirent en France Richet et ses élèves; il fallait donc des autopsies nouvelles et des examens microscopiques précis pour « inventer à nouveau la vieille granulation grise du testicule ! »

Un long chapitre préliminaire traite de l'*orchite chronique* dans ses rapports avec le tubercule : le mot orchite chronique n'avait aucune signification précise, et cette étiquette recouvrait presque toujours un testicule tuberculeux ou syphilitique; la confusion était absolue. Pour mettre un peu de clarté dans la question, il a fallu montrer que les inflammations aiguës ne laissent pas d'ordinaire des « exsudats » jaunes ou gris qui augmentent le volume de la glande. Ces exsudats, lorsqu'ils existent, sont des amas tuberculeux ou des gommes de la vérole, qui rendent les testicules « plus gros » ; tandis que les glandes chroniquement enflammées finissent par la sclérose ou l'atrophie. Le diagnostic « orchite chronique », très souvent porté dans les services avant 1877, et cette affection longuement décrite dans les thèses, mémoires et traités, ont à cette heure disparu.

La seule difficulté réside dans la détermination originelle de certains noyaux durs que l'on trouve parfois à la queue de l'épididyme. Sont-ils dus à une infiltration tuberculeuse ou sont-ils le reliquat d'une épididymite causée par une inflammation du canal, urétrite banale ou blennorragie ? Le cas est souvent délicat. Cependant on peut établir que « cette induration » diffère de celle du tubercule en ce qu'elle présente une sorte de rénitence et d'élasticité qui lui est particulière. Il existe un autre signe qui nous paraît constant : on suit nettement les contours de l'anse formée par la réflexion de la queue de l'épididyme ; on sent avec la plus grande facilité la dépression que cette anse circonserit. Or, comme rien de semblable ne s'observe à l'état sain, car les deux chefs de l'anse sont accolés l'un à l'autre, ou dans la tuberculose, car celle-ci englobe dans une masse compacte les flexuosités de la queue de l'épididyme, ce signe — vérifié par un grand nombre d'autopsies et de dissections — nous semble acquérir une véritable importance.

Notre deuxième chapitre traite de l'*Anatomie pathologique* ; nous y étudions les trajets fistuleux du scrotum, leur disparition possible, la formation rare, mais observée par nous, d'abcès tuberculeux dans leur tissu cicatriciel, puis l'état de la séreuse ; la vaginalite chronique qui accompagne toujours la dégénérescence caséeuse de la glande et qui se traduit tantôt par une adhérence des deux feuillets, des néo-membranes qui cloisonnent des cavités secondaires, ou bien par une hydrocèle, légère ou abondante ; nous en arrivons aux altérations de la glande. La loi de Ricord : « lorsqu'il y a des tubercules dans quelques parties des voies génitales, il y en a dans l'épididyme », n'est pas toujours vérifiée ; mais les infractions sont très rares ; il est au contraire fréquent de trouver des noyaux caséeux dans le seul épididyme, et sur un total de 34 autopsies nous avons : tubercules de l'épididyme et des testicules 27 cas ; de l'épididyme seul 7. Il est exceptionnel de trouver des granulations grises ; nous en citons pourtant quelques observations et nous en montrons des exemples dans les nombreuses planches qui accompagnent notre travail. Les examens microscopiques de nos pièces ont été pratiqués par M. Malassez, qui a publié dans les *Archives de physiologie* une étude magistrale dont la partie histologique de notre thèse n'est que le résumé.

Dans la *partie clinique* nous étudions, sous le nom d'*orchite tuberculeuse*, une forme que Simon Duplay avait vue en 1860, mais dont on ne trouve plus aucune trace dans les écrits postérieurs. Cette « tuberculisation galopante » du testicule débute comme une orchite blennorragique, dont on ne saurait la distinguer à la première période, mais les abcès apparaissent, les symptômes aigus s'amendent et l'orchite tuberculeuse ne diffère plus de la tuberculose testiculaire chronique, dont nous complétons l'étude par un chapitre sur les *fongus tuberculeux*. Rien n'était encore plus confus et plus contradictoire que ce petit coin de pathologie génitale, que nous avons essayé d'éclaircir par une série de recherches. Un recueil d'observations d'orchites tuberculeuses, d'abcès tuberculeux du testicule, de scléroses et d'atrophies du testicule, 5 planches et 23 figures terminent cette thèse inaugurale présentée déjà au concours de la médaille d'or.

De l'infection tuberculeuse par la voie génitale.

(*Gazette hebdomadaire*, 17 février 1885, et *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 514, 1888.)

L'infection tuberculeuse génitale par contagion directe dans les rapports sexuels est une doctrine qui, grâce à Cohnheim, à Verneuil, à Verchère et à Fernet, a compté de nombreux adeptes. J'essaie de démontrer le peu de précision des observations publiées à l'appui de cette thèse qui soulève des objections capitales : d'abord les cas où la tuberculose testiculaire s'est déclarée sans coït suspect chez des enfants non pubères. L'inoculation directe des voies sexuelles masculines peut se faire soit par des ulcérations tuberculeuses de la vulve, du vagin, du col de l'utérus, absolument rares d'ailleurs, soit par le muco-pus vaginal, où Babes a découvert la présence des bacilles. Mais un très long voyage est indispensable pour que les micro-organismes atteignent une région où coloniser. En effet, les bacilles ne s'implantent pas sur le gland, dans la rainure balano-préputiale, dans les excoriations fréquentes au pourtour du pénis tiraillé; ils ne s'arrêtent pas non plus dans la fosse naviculaire, dans le

cul-de-sac du bulbe. C'est dans la région prostatique, dans les vésicules séminales, surtout dans l'épididyme, où le foyer tuberculeux s'organise; or est-il raisonnable d'admettre qu'un microbe immobile, sans mouvements propres, accomplira un tel exode avant d'être balayé par le flot d'urine qui, plusieurs fois par jour, fait irruption dans le canal? Et j'en arrive à conclure que l'infection directe par la voie génitale est peu vraisemblable et que la tuberculose semble avoir pour origine un autre genre d'inoculation.

Fongus bénin du testicule.

(*Gazette hebdomadaire*, 12 janvier 1883, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 493, 1894.)

« Depuis 1876, nous proposons, à l'exemple de Deville, de morceler l'histoire du fongus bénin du testicule. Il ne constitue point une tumeur spéciale; il est un épisode, une simple complication, un phénomène souvent prévu au cours de certaines affections de la glande spermatique. Pourquoi donc isoler son étude? Ne faut-il pas, au contraire, la rattacher étroitement à celle de la maladie déterminante? Mais cette réforme nécessaire n'est point encore acceptée; l'ancienne classification survit malgré les justes attaques dont on l'assaille. Il n'est donc pas inutile de montrer ce qu'on entendait jadis par ce mot, les acceptions diverses qu'il prend aujourd'hui, à quelle affection nous devons annexer ces descriptions et notre conception personnelle du fongus.

. . . .

« Telles sont les trois catégories de fongus que nous devons admettre : fongus d'origine traumatique, inflammatoire et gangreneux, fongus syphilitique et fongus tuberculeux. Nos deux premières renferment l'une et l'autre deux formes très distinctes, d'une anatomie pathologique et d'une pathogénie très différentes : le fongus « albuginique » ou hernie du testicule, et le fongus parenchymateux, dont la base d'implantation est au sein même de la glande. Quant au fongus d'origine tuberculeuse, notre troisième catégorie, il nous offre de nombreux exemples de hernie

du testicule; mais nous n'avons pu trouver de faits évidents du fongus parenchymateux, dont nous sommes bien éloigné cependant de nier l'existence. »

De la tubsrculose primitive dss boursss.

(*Deuxième Congrès des chirurgiens français*, 1886; *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, premier fascicule, 1887.)

« La tuberculose primitive des bourses n'a pas sa place dans nos traités classiques. Nous n'en avions même pas rencontré d'exemples dans les annales de la médecine lorsque, en 1882, nous avons observé et publié notre premier cas; nous en recueillions, l'année suivante, un second à l'hôpital Saint-Louis. Depuis, M. Rochette a soutenu une thèse sur ce sujet; s'il a eu le tort de se croire le premier à aborder cette question, il a du moins le mérite de nous fournir un fait nouveau. C'est avec ces matériaux peu abondants que nous allons décrire cette affection intéressante, puisqu'elle se complique parfois de la hernie du testicule, l'ancien fongus de Deville.

« Cette tuberculose primitive offre deux variétés : dans la première, les follicules déposés dans l'épaisseur du derme se ramollissent, la peau se détruit, les divers foyers se réunissent et une perte de substance irrégulière s'étale à la surface des tissus en un ulcère peu sécrétant et mal bourgeonnant. Dans la seconde, le fongus tuberculeux se dépose sous la peau; il s'agit d'une véritable fissure du tissu cellulaire sous-cutané. Cette fissure peut elle-même présenter deux formes suivant son étendue et la destruction plus ou moins grande des tuniques d'enveloppe : la collection ramollie s'ouvre à la peau par de simples orifices fistulisés ou bien elle ulcère largement les bourses et une perte de substance se forme, assez grande pour permettre l'issue du testicule. » Et nous terminions notre mémoire par cette conclusion : « La hernie du testicule a pour origine, non, comme on l'a dit jusqu'à ce jour, une tuberculose de l'épididyme, mais la fonte d'un ou plusieurs foyers caséeux, déposés primitivement dans les bourses. »

De la syphilis du testicule.

(Grand in-18, avec 6 planches dont quatre en couleurs; Masson, 1882.)

Cette monographie, couronnée par l'Institut, comprend sept chapitres. Dans le premier, — historique et discussion des doctrines, — nous montrons qu'après les travaux de Ricord, de Virchow et même après les remarquables leçons de Fournier sur le *sarcocèle syphilitique*, on ne connaissait pas les gommes suppurées du testicule. En France, la première observation est due à Terrillon et date de 1878. Mais ce fait n'avait pas été relevé lorsque nous avons établi qu'il existe deux formes de syphilis : la sclérose et la gomme, qui d'ailleurs coexistent fréquemment.

Dans le deuxième chapitre, — anatomie pathologique, — on trouve d'abord l'examen à l'œil nu fait d'après la dissection de 23 pièces; la séreuse est le plus souvent altérée, et l'on trouve toutes les formes de la vaginalite chronique : vaginalite séreuse ou hydrocèle simple, vaginalite chronique plastique avec cloisonnement ou adhérence des deux feuillets; pachivaginalite ou véritable hématocèle d'origine spécifique. L'épididyme est rarement atteint; cependant il peut y avoir des dépôts gommeux, épididymite de Dron, à la période secondaire, gomme ordinaire au cours de la période tertiaire. Les lésions les plus marquées frappent le testicule proprement dit : Évolution de la sclérose, de la gomme, ou fonte purulente. L'examen au microscope en fut fait par M. Malassez, qui a publié sous son nom et sous le nôtre un article fort remarqué dans les *Archives de physiologie*. Mais nous devons répéter ici ce que nous dirons dans notre monographie : « Ce chapitre appartient tout entier à M. Malassez; il en est seul responsable, mais seul aussi il doit en recueillir l'honneur. »

Le troisième chapitre traite de l'étiologie; le quatrième des symptômes, qui diffèrent selon qu'il s'agit d'un sarcocèle scléreux ou scléro-gommeux non suppuré, ou d'un sarcocèle gommeux suppuré. Nous décrivons sous le nom d'*orchite syphilitique aiguë* une variété aperçue par Ricord, mais qui n'avait pas encore été l'objet d'une étude spéciale; à nos observations personnelles nous ajoutons un cas trouvé dans Ricord, un fait de

Letenneur (de Nantes), deux de Duplay, un de Recliquet. La *gomme suppurée*, forme au demeurant relativement fréquente, attendait encore une description d'ensemble, son ramollissement et sa suppuration étant niés; un point intéressant pour le diagnostic est que l'ulcération scrotale, la fistule ou le fongus qui lui succèdent siègent, dans l'immense majorité des cas, en avant et non en arrière et en bas comme dans les fontes tuberculeuses. Enfin le *fongus syphilitique* est étudié comme l'a été le fongus tuberculeux. « Une gomme de l'albuginée ou du parenchyme glandulaire a, dans ses poussées successives, provoqué des adhérences entre le testicule et ses enveloppes; celles-ci s'enflamment et s'ulcèrent; deux cas peuvent alors se présenter : ou bien tout ou partie de la glande entourée de son albuginée s'échappe par cet orifice; le testicule hernié bourgeonne et nous avons une première variété, le *fongus superficiel*; ou bien la glande reste dans les bourses; mais l'albuginée et les téguments s'ulcèrent pour l'évacuation d'un dépôt caséeux ramolli; des travées fibreuses du testicule ou de la membrane d'enkystement de la gomme s'élève une végétation exubérante qui remplit d'abord la petite caverne, puis franchit en s'étranglant l'orifice cutané pour s'étaler sous le scrotum en masse champignonneuse, et constitue ainsi notre seconde variété, le *fongus profond.* »

Le cinquième chapitre comprend le diagnostic de l'épididymite de Dron, de l'orchite syphilitique aiguë, de la sclérose et de la scléro-gomme non suppurée ou suppurée, puis celui des diverses variétés des fongus syphilitiques trop souvent confondus avec le fongus tuberculeux. Le sixième chapitre — pronostic — montre pourquoi l'iodure de potassium, sans arriver à la *restitutio ad integrum* de l'épithélium glandulaire détruit, peut cependant rétablir la spermatogenèse dans une glande autrefois infertile. « Une portion du parenchyme reste inaltérée et peut être encore le théâtre d'une genèse plus ou moins active. Mais les voies d'excrétion sont oblitérées par du tissu conjonctif nouveau ou par quelque dépôt gommeux. A l'entrée de l'épididyme, sur un point du canal, on trouve un obstacle que l'animalcule ne franchit pas. Il y a encore infécondité, mais celle-ci peut n'être que passagère. En effet, les animalcules formés dans les portions inaltérées de la glande ont pu reprendre leur

exode; sous l'influence du traitement, les tissus nouveaux, les dépôts gommeux qui constituent la digue infranchissable, se sont résorbés; la voie est redevenue libre et les spermazotoïdes, mêlés aux autres éléments, gagnent les vésicules séminales et fournissent, à chaque éjaculation, un liquide désormais fécondant. » Le septième et dernier chapitre a trait à la thérapeutique générale et locale des diverses variétés de sarcocèles, de fongus et de fistules qu'il engendre et se termine par un recueil d'observations où sont rapportés des cas d'orchite syphilitique à début franchement inflammatoire, de gommes suppurées de l'albuginée et du testicule, enfin de fongus syphilitique.

Syphilie du testicule.

(*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, IIIᵉ s., t. XVI.)

Cet article reproduit en partie la précédente monographie, en appuyant nos conclusions premières sur des observations et des lectures nouvelles.

Sarcocèle syphilitique.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 528, 1884.)

Depuis la publication de notre mémoire, des travaux importants ont paru sur la syphilis du testicule : une étude originale de notre collègue, le docteur Tédenat, la thèse d'agrégation de M. Rohmer et l'article de MM. Walther et Gosselin dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Nous allons rechercher, où ces auteurs laissent la question, les points définitivement acquis et ceux qui paraissent obscurs encore. Nous relèverons, entre temps, des critiques qu'on nous adresse, celles qui ne nous semblent pas justifiées.

Traitement du varicocèle.

(Cliniques chirurgicales de la Pitié, p. 412, 1894.)

Je termine cette conférence par les conclusions suivantes, appuyées maintenant sur 42 interventions personnelles. « 1° Si le porteur du varicocèle n'éprouve ni gêne, ni douleur, une opération n'est pas légitime; 2° s'il existe de la souffrance ou si l'ectasie veineuse devient pour le malade une cause d'hypocondrie, la résection du scrotum est la méthode du choix; 3° on ne touchera au paquet variqueux, par simple ou double ligature, avec ou sans extirpation, que dans les cas exceptionnels — et que nous n'avons jamais observés — où les vaisseaux auraient subi des altérations telles que leur ablation serait devenue nécessaire. »

Traitement de l'hydrocèle vaginale.

(Cliniques chirurgicales de la Pitié, p. 424, 1894.)

Dans l'immense majorité des cas je pratique donc la cure radicale, parce qu'elle permet de voir ce que l'on fait; on a la glande sous les yeux et le diagnostic de la lésion en devient plus précis. Et puis cette opération, désormais absolument innocente, guérit plus vite et met mieux à l'abri des récidives que l'ancienne injection iodée.

De la spermatorrhée.

(Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, p. 501, 1888.)

Dans ce travail citons quelques observations « qui prouvent l'existence de la spermatorrhée active, de la spermatorrhée avec érection. Quant à la spermatorrhée passive, atonique, sans éjaculation, je n'en connais pas d'exemples, et les faits que j'en ai lus n'ont point entraîné ma conviction; je suis comme Verneuil, Guyon, Malécot, je n'y crois pas.... L'ancienne spermatorrhée de Trousseau et Lallemand est une quelconque des

maladies du cerveau ou de la moelle dont l'École de la Salpêtrière a su démêler le confus écheveau. »

Tératome du scrotum.

(Cliniques chirurgicales de la Pitié, p. 439, 1894.)

Trois particularités faisaient de l'observation qui sert de texte à cette conférence, un cas à peu près unique : d'abord l'indépendance absolue de la tumeur et du testicule ; nous avons pu enlever le kyste sans même ouvrir la tunique vaginale, et nous ne croyons pas qu'il existe d'autres exemples où l'absence de connexion fût aussi nette ; le deuxième point est l'extrême simplicité de structure de notre tératome, kyste dermoïde ne contenant que du poil, des débris épidermiques et de la matière sébacée ; enfin, le troisième caractère est la présence de milliers et de milliers de corps punctiformes juxtaposés et semblables à des œufs de vers à soie ou de poisson.

Kyste dermoïde du raphé périnéal.

(Cliniques chirurgicales de la Pitié, p. 450, 1894.)

Observation absolument rare, et dont Darier seul aurait décrit un fait antérieur. Depuis on en a dépisté quelques autres cas. Ces kystes dermoïdes, d'aspect canaliculaire, se développent au niveau du raphé qui s'étend de l'anus au prépuce, et sont dus à l'enclavement de la peau au moment de la formation de la gouttière urétrale. M. Retterer s'est appuyé sur ce cas pour démontrer la réalité de ses idées sur le développement du pénis et du clitoris chez le fœtus humain.

Kystes de l'épididyme *(Bulletins de la Société anatomique, avril 1875)* ; **Corps étrangers organiques de la tunique vaginale** *(Bulletins de la Société anatomique, même mois et même année)* ; **Orchites chroniques et atrophie du testicule** *(Bulletins de la Société anatomique, mai 1875)* ; **Hématocèle pariétale par épanchement** *(Semaine médicale, janvier 1892)*.

Les articles **Hématocèle vaginale**, **Hydrocèle vaginale**, **Kystes de l'épididyme**, **Varicocèle**, ce dernier en collaboration avec M. le professeur Forgue, de Montpellier, parus dans le Dictionnaire de Dechambre, de nombreuses publications sur les **Vaginalites plastiques et la spermatogenèse**, sur le **Fongus syphilitique**, le **Fongus tuberculeux**, le **Fongus traumatique**, les **formes rares de l'Épididymite syphilitique**, nous préparaient à un travail d'ensemble sur les affections des organes génitaux de l'homme, que nous avons publié dans le huitième volume de notre *Traité de chirurgie*.

Affections des organes génitaux de l'homme. Scrotum, Glande spermatique, Cordon, Vésicules séminales et Pénis. *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de Simon Duplay et Paul Reclus. Huitième volume, p. 1 à 275.

Sur une observation de gravelle urique.

(*Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, novembre 1877, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 445, 1884.)

Ce mémoire, d'ordre exclusivement médical, tend à démontrer, ce qui n'était point dit encore, que la colique néphrétique est vraiment une colique; les douleurs s'expliquent, non, comme l'affirment les classiques, par les lésions de la muqueuse de l'uretère que contusionnent ou que déchirent « les calculs rugueux, mûriformes, anguleux et garnis de pointes acérées », mais par la contracture énergique des fibres musculaires lisses; comment expliquer autrement les souffrances qui accompagnent si souvent l'expulsion de petits caillots sanguins ou de graviers « lisses, comme vernissés et d'un diamètre qui ne dépasse pas celui de l'uretère? » Il en est donc de la colique néphrétique comme de la colique intestinale, de la colique hépatique, de la colique utérine; les unes et les autres seraient dues à la contraction exagérée de la tunique musculaire des organes qui en sont le siège.

Du traitement des prostatites aiguës par les lavements d'eau très chaude.

(*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1er janvier 1886.)

Ce mémoire, appuyé sur plusieurs observations personnelles, montre de quelles ressources sont les lavements d'eau à la température de 55 degrés centigrades dans le traitement de la prostatite aiguë. Depuis, cette méthode a été acceptée par la plupart de nos collègues et deux thèses ont paru sur ce sujet.

AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

De la pelvi-péritonite chez la femme.

(5e *Congrès français de chirurgie*, avril 1891; *Mercredi médical*, 8 avril 1891, et *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 465, 1894.)

« Certains auteurs ont mis en doute l'existence de la pelvi-péritonite; à l'avant-dernier Congrès des Chirurgiens français, on a constaté la valeur démonstrative des faits qui, d'après moi, réhabilitent cette affection, presque aussi vieille que la nosographie utérine. Les hasards de la clinique m'ont justement fourni un cas où se trouvent accumulées les preuves qui, d'après nos contradicteurs, sont seules capables d'entraîner la conviction. Aussi je m'empresse de publier cette observation et de revenir, à son propos, sur les arguments développés dans mon premier travail.... »

De l'hystérectomie totale ou partielle dans les cancers limités au col de la matrice.

(*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 2 novembre 1888.)

J'essaye de démontrer, dans ce travail, que si l'hystérectomie partielle est moins grave et amène une léthalité moindre que l'hystérectomie totale, la simple ablation conoïde du col doit être préférée à l'extirpation complète de l'utérus, car la propagation cancéreuse se fait beaucoup moins vers le corps de l'organe que vers les lymphatiques et les ganglions que l'hystérectomie n'atteint pas.

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale préliminaire.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 25 mars 1891.)

Ce premier mémoire, au moment où l'hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne n'était encore défendue à la Société de Chirurgie que par M. Segond, se termine par les trois conclusions suivantes : « 1° dans les pelvi-péritonites anciennes, et pour les ovaires scléreux, adhérents à l'utérus, perdus dans une gangue épaisse de néo-membranes, nous n'avons qu'une opération : l'hystérectomie vaginale; 2° dans les doubles ovario-salpingites volumineuses, nous préférons — comme plus facile et plus sûre — l'hystérectomie à la laparotomie, qui cependant a donné d'excellents résultats; 3° enfin, dans les lésions récentes, lorsqu'il n'est pas démontré que les annexes des deux côtés ont perdu leurs fonctions, on aura recours, si du moins une intervention chirurgicale est jugée nécessaire, à la laparotomie, qui seule permet d'établir, sur un diagnostic indiscutable, les indications précises de l'extirpation.

Hystérectomie vaginale et laparotomie.

(*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 24 octobre 1891.)

Ce travail, où j'ajoute de nouvelles observations d'hystérectomie vaginale, a pour but de défendre les conclusions de mon précédent mémoire, vivement critiqué dans un article paru dans la *Revue de Chirurgie* du mois d'avril 1891.

Suppurations pelviennes et laparotomie (*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 496); **Hystérectomie vaginale et suppurations pelviennes** (*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 507, 1894.)

« Ce qui, l'année dernière encore, me faisait admettre la supériorité de l'hystérectomie, c'étaient les manœuvres vraiment aveugles auxquelles, dans la laparotomie, on se livrait pour extirper les poches purulentes. La décortication amenait souvent la rupture de parois friables : le pus pouvait inoculer la séreuse et les anses intestinales qui font irruption dans le foyer opératoire. Cet accident était des plus fréquents, et si les péritonites mortelles n'étaient pas plus nombreuses, je crois qu'il faut en rendre moins grâce aux lavages à l'eau bouillie qu'à la stérilité si souvent constatée du contenu de tant de salpingites. Or, dans l'hystérectomie, le pus des foyers ouverts descend naturellement dans le vagin et s'écoule au dehors. N'est-ce pas un avantage marqué? J'avoue qu'il pesait d'un grand poids sur ma détermination, et j'optais pour l'hystérectomie dans les suppurations pelviennes bilatérales, pour peu qu'elles fussent vieilles et volumineuses. »

Il est certain que les extirpations aveugles, quelle que soit l'habileté d'un doigt dès longtemps exercé, n'étaient pas sans danger. J'en trouve la preuve dans le mémoire de M. Terrier : ne dit-il pas que si, à partir de 1891, la mortalité s'est abaissée dans ses mains de plus de 17 à moins de 6 pour 100, c'est que, « depuis cette époque, il a systématiquement

cherché à opérer sous le contrôle de la vue, au lieu de se borner à arracher, en quelque sorte à l'aveuglette, les annexes du bassin? C'est, en effet, en décembre 1890, qu'il a commencé à employer la position élevée du bassin.... Cette position, jointe à l'emploi de compresses recouvrant l'intestin, et de rétracteurs des bords de la plaie médiane, permet de bien voir jusqu'au fond du bassin ». Mon initiation a été plus tardive, mais les avantages de cette pratique m'ont semblé tels, que mon plus sérieux argument en faveur de l'hystérectomie vaginale s'en est trouvé singulièrement affaibli.

L'extirpation des annexes par la voie abdominale est donc devenue à la fois moins dangereuse, plus facile et complète. On a toujours reproché à l'hystérectomie vaginale d'être aveugle dans ses recherches et de laisser trop souvent dans le ventre tout ou partie des annexes, débris infectés qui peuvent être le point de départ d'une nouvelle pelvi-péritonite. On répondait, il est vrai, qu'après l'ablation de la matrice et la ligature des vaisseaux et des nerfs utéro-ovariens, ou du moins son équivalent, leur pincement par les pinces à pédicule, les annexes abandonnées ne tardaient pas à s'atrophier; mais, si cette assertion est exacte pour la plupart des cas, il ressort des faits publiés dans les recueils scientifiques, que ces réveils de l'inflammation, pour être assez rares, ont été cependant notés; il en existe des observations indiscutables et nous en avons recueilli nous-même une fort nette.

La voie abdominale assure donc une extirpation plus facile et plus complète des annexes enflammées, et, comme aussi les dangers de la laparotomie sont moindres depuis qu'on a imaginé la position élevée du bassin, nous avons modifié les conclusions de nos cliniques antérieures : tout en considérant l'hystérectomie vaginale comme une des ressources les plus précieuses de la gynécologie, nous la pratiquons plus rarement, et ses indications nous semblent moins nombreuses. Nous ne saurions, d'ailleurs, être plus entêté que nos adversaires. Rappelez-vous leurs affirmations intransigeantes : la laparotomie suffisait à tout et l'hystérectomie devait être prohibée : maintenant, ils « lui font une part ». Et celle-ci même est assez grande pour que, somme toute, je puisse souscrire à peu près sans réserves à leurs conclusions dernières.

Comme nous, M. Pozzi admet la nécessité ou la supériorité de l'hystérectomie vaginale préliminaire dans les cas de « suppurations diffuses et anciennes englobant tous les tissus autour des annexes, et ayant donné lieu à des désordres tels, que l'ablation d'une poche limitée paraît tout à fait impraticable », lésions multiples que, nous, nous désignons d'un seul mot et nommons avec les vieux gynécologues : pachy-pelvi-péritonites. Il admet encore cette nécessité ou cette supériorité dans les « lésions non suppurées, mais très adhérentes et très anciennes, formant une masse où l'utérus et les annexes confondus sont soudés au petit bassin. Ici, l'ancienneté des lésions est une considération capitale ainsi que les poussées successives de pelvi-péritonites ». Il l'admet aussi dans les « fistules intarissables de la paroi abdominale ou du vagin succédant à la laparotomie avec ou sans drainage, et n'ayant cédé ni au curettage, ni à la dilatation, ni à la recherche d'un fil infecté resté dans la profondeur des tissus ». Il l'admet enfin lorsqu'il y a « persistance de tumeurs annexielles douloureuses à la suite d'une laparotomie qui a été impuissante à les extirper; c'est ce qu'on peut appeler l'hystérectomie secondaire ou complémentaire ».

. . . .

(Ce travail date de 1894. Actuellement, nous ne donnerions plus à la question un pareil développement. Quoique déjà partisan résolu de la « conservation », nous considérions alors que la péri-métro-salpingite suppurée est toujours justiciable de l'extirpation des annexes. Mais depuis, nous avons appris que le pus se résorbe fort bien et nous ne nous décidons à opérer que lorsque nos malades ont patiemment essayé du traitement par le repos au lit prolongé et des lavements chauds.)

Traitement des fibro-myomes utérins.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 519, 1894.)

Voici mes conclusions : lorsque les tumeurs, stationnaires, ne traduisent leur existence par aucun symptôme pénible, le mieux est de s'abs-

tenir de toute intervention; lorsque des douleurs, des métrorragies, des pertes blanches surviennent, on doit tenter un traitement médical dont le repos, la cure de Salies-de-Béarn, l'hamamelis virginica, l'ergotine, les lavements à 55 degrés centigrades, le curettage, forment le fonds; si cette thérapeutique reste impuissante, si la tumeur tend à s'accroître, si ces symptômes deviennent inquiétants et si, d'ailleurs, la malade, affaiblie, ne peut supporter une intervention plus sérieuse, la castration tubo-ovarienne sera parfois une utile ressource; mais d'ordinaire on préférera les opérations radicales, l'hystérectomie abdominale lorsque la tumeur atteindra ou dépassera l'ombilic, l'hystérectomie vaginale lorsque la matrice ne s'élèvera que de quelques travers de doigt au-dessus du pubis.

Le prolapsus utérin des nullipares.

(*Cliniques de la Charité sur la chirurgie journalière*, p. 403, 1909.)

Voici la conclusion de ce petit mémoire : « Et d'abord les prolapsus utérins des nullipares, bien que fort rares, mériteraient, de nos traités classiques, une mention d'autant plus nécessaire que cette variété se distingue de la forme banale par des caractères étiologiques et cliniques particuliers et qu'elle exige d'autres méthodes d'intervention. C'est ainsi que cette chute de la matrice semble plus fréquente chez les jeunes filles débiles, mal réglées, d'aspect infantile, de muscles médiocres et prédisposées aux ptoses viscérales multiples; elles ne s'accompagnent pas d'ordinaire d'affaissement du vagin et surtout du rectum; le périnée est intact ou simplement affaibli, les ligaments ronds sont graciles et d'une extrême friabilité; aussi ni la colpopérinéorraphie, ni l'opération de Doléris ne sont indiquées et c'est à l'hystéropexie qu'il faudra recourir. Mais n'oublions pas qu'il s'agit de personnes au début de la vie génitale : on prendra donc les précautions les plus minutieuses en fixant l'utérus pour ne pas compromettre, par des fils mal placés, la grossesse, l'accouchement et la délivrance.

Traitement des fistules vésico-vaginales. Nouvelle observation de fistule vésico-vaginale guérie par le procédé de Braqushaye.

(*Cliniques de la Charité sur la chirurgie journalière*, p. 422 et 432, 1909.)

C'est un dérivé fort ingénieux de la méthode du dédoublement de la cloison vésico-vaginale imaginée en 1864 par notre compatriote, le docteur Duboué, de Pau. Nous ne le décrirons pas, nous ne décrirons même pas le procédé de Braquehaye que nous préconisons pour les succès qu'il nous a assurés : il se trouve d'ailleurs dans tous nos manuels de médecine opératoire. Le seul point sur lequel je veux insister, c'est que la fistule est le plus souvent très profondément située, cachée dans un repli du vagin, presque inaccessible aux yeux de l'opérateur et à ses instruments. Aux prises avec des cas de ce genre, je me suis très bien trouvé de la « transfixion unilatérale ou bilatérale du vagin », imaginé par notre collègue Chaput; elle donne un jour énorme et met, pour ainsi dire, la fistule sous la main de l'opérateur.

AFFECTIONS DES MAMELLES

Mes mémoires, mes communications aux sociétés savantes, mes conférences sur *la maladie kytique de la mamelle*, constituent mes recherches les plus importantes dans ce groupe d'affections. J'en ai déjà donné la substance dans le chapitre précédent et je n'y reviendrai pas. Je ne parlerai pas non plus des procédés américains pour L'EXTIRPATION DES CANCERS DU SEIN : la question semble jugée et si nous tous, en France, nous en acceptons le principe, nous en avons, à peu près tous, un peu modifié la technique. Mais je voudrais rappeler mes cliniques déjà anciennes sur les mastites chroniques ou subaiguës dans leur rapport avec le cancer du sein.

Mastite chronique et cancer du sein (*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 417, 1888); **Mastite chronique et cancer du sein** (*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 179, 1894.)

« Les mastites chroniques et les abcès à évolution froide qui les traduisent sont encore mal connus : nous ignorons leur étiologie, et c'est au cours de cette conférence que nous fournirons le premier cas, peut-être, où l'examen bactériologique du pus ait été pratiqué ; leur anatomie pathologique est obscure et leurs signes sont si peu nets que dans *toutes* les observations que j'ai recueillies, la tumeur a été confondue avec un cancer, et l'amputation de la mamelle proposée par des chirurgiens de haute valeur. Aussi, voudrais-je revenir sur cette question que j'ai traitée autrefois, et chercher avec vous si les faits nouveaux versent quelque lumière sur le sujet.

Dans toutes nos observations personnelles, dans l'immense majorité des cas trouvés au hasard de nos lectures, les abcès chroniques de la mamelle ont été pris pour des cancers du sein. Benjamin Brodie, Astley Cooper, Dupuytren, Roux, Marjolin, Laugier, Velpeau, pour ne citer que les morts, ont amputé ou failli amputer des mamelles qu'ils croyaient squirrheuses, et dans l'épaisseur desquelles ils trouvèrent une collection purulente. La cause de cette erreur est facile à trouver. Les abcès chroniques sont aussi durs que les cancers ; comment penser alors à une tumeur liquide? Si l'on ajoute que cette masse, d'une résistance souvent ligneuse, est indolente, d'allure froide, de développement insidieux, que la peau qui la recouvre est de coloration normale, parfois adhérente, déprimée et pointillée comme celle du squirrhe, comment ne pas s'y tromper, surtout lorsque l'on songe que le cancer est fréquent, tandis que l'abcès chronique est rare?

La forme de la tumeur me paraît fort importante : cinq fois elle a mis mon esprit en éveil et m'a poussé à vérifier le diagnostic des maîtres et des collègues éminents. J'ai toujours trouvé le néoplasme arrondi ou ovoïde, à courbes parfaitement régulières malgré les saillies granuleuses des lobules de la glande. M. Pierre Delbet croit cette forme « exceptionnelle », et le foyer de mastite aurait l'aspect « d'un gâteau irrégulier,

d'une plaque dure sans limites précises. Ce n'est pas qu'il envoie des prolongements rameux dans le reste de la glande, comme le fait le cancer, mais il est difficile de sentir où il commence et où il finit ». Certes, je ne voudrais pas nier la réalité de ces dernières formes; je me contente de dire que, dans mes cinq cas, la régularité de la tumeur arrondie a frappé mon attention, et je crois que ce caractère est assez fréquent pour ne pas être négligé. Mais j'avoue qu'il ne m'eût pas suffi pour assurer le diagnostic.

Seule la ponction exploratrice donne cette certitude; elle seule indique que cette tumeur, d'une dureté souvent pierreuse, contient du liquide; elle seule indique la nature de ce liquide : on voit le corps de la seringue se remplir d'une substance un peu gommeuse et verdâtre et qui rappelle, comme consistance et comme coloration, les divers degrés de dilution de « l'absinthe ». Pourquoi délaisser ce moyen si sûr d'information ? Je ne l'ai jamais vu échouer et jamais son emploi n'a provoqué le moindre accident; les malades les plus pusillanimes s'y soumettent. C'est pour ne pas y avoir eu recours que, dans les cas qui me sont personnels, des chirurgiens distingués ont effrayé des familles et proposé l'amputation du sein. Aussi ne saurais-je trop insister sur la valeur de la ponction exploratrice et, dans tous les cas où le diagnostic cancer ne s'impose pas, il faut plonger dans la tumeur une aiguille de Pravaz.

Je pourrais résumer en deux phrases les principaux enseignements de ce travail : il se dépose dans la mamelle, — souvent à la suite de la lactation, mais à des époques si éloignées d'elle que cette lactation peut être oubliée, — des foyers de mastites chroniques, collections purulentes d'allure froide et que leur dureté ligneuse a fait trop souvent confondre avec des cancers. Pour éviter cette grave erreur, il suffit simplement d'y songer, et la ponction exploratrice mettra le diagnostic sous les yeux mêmes du chirurgien. »

Mastite subaiguë et cancer du sein.

(Cliniques chirurgicales de la Pitié, p. 197, 1894.)

« En résumé, un peu d'attention, un peu de science et beaucoup de

patience vous suffiront, même dans les cas difficiles, pour distinguer les inflammations des cancers. Mais n'oubliez pas, — et c'est l'enseignement que je désire vous voir retirer de cette conférence — n'oubliez pas que, en clinique, les caractères décisifs, irrécusables, les signes pathognomoniques, comme on dit, n'existent guère ou n'existent pas. Et, pour ce qui a trait à l'objet de notre entretien d'aujourd'hui, les ressemblances des mastites subaiguës avec certains encéphaloïdes de la mamelle peuvent être tels qu'il ne faut pas se contenter de l'examen « actuel » ; les débuts du mal et son évolution fournissent parfois des indications précieuses dont la plus importante, malgré ses défaillances, sera d'établir si la glande est ou n'est pas en état de lactation.

AFFECTIONS DES MEMBRES

Des hyperostoses consécutives aux ulcères rebelles de la jambe.

(*Progrès médical*, 13 et 20 décembre 1879, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 185.)

« Le silence gardé par les auteurs sur les ostéo-périostites consécutives aux vieux ulcères, ou plutôt l'extrême sobriété de leurs descriptions, nous a poussé à publier ce long mémoire qu'on peut résumer, du reste, en cinq propositions fort courtes : 1° Les ulcères de jambe peuvent provoquer, dans les os sous-jacents, les diverses formes de l'ostéopériostite. Exceptionnellement destructive, l'inflammation détermine le plus souvent une augmentation de volume; l'os est alors léger, spongieux, recouvert d'ostéophytes. Dans des cas très rares, le tissu de la diaphyse est dur, éburné; le canal médullaire oblitéré ou rétréci ; 2° Lorsque les épiphyses ne sont pas encore soudées, l'os, sous l'influence de ces ulcères, s'accroît en longueur et l'emporte sur son congénère de 2 à 3 centimètres; les ostéophytes sont plus abondants; une véritable diathèse osseuse peut se manifester qui se traduit par l'ossification des aponévroses, d'enveloppe et de cloisonnement, des ligaments, des gaines vasculaires et nerveuses; en

un mot, de tout le tissu fibreux de la jambe; 3° L'ostéo-périostite serait peut-être alors la cause et non la conséquence de l'ulcère. Cependant l'examen des pièces montre que les lésions osseuses sont presque toujours beaucoup trop légères pour expliquer l'amputation : la gravité de l'ulcère a pu seule la légitimer; 4° Du milieu de l'ulcère s'élèvent parfois des exostoses saillantes qui ont été prises pour des lésions syphilitiques. Mais la consistance de la tumeur et le traitement spécifique établiront le diagnostic; 5° Les ostéo-périostites sont une complication grave; elles s'opposent à la cicatrisation de l'ulcère, compromettent la nutrition des membres et rendent trop souvent l'amputation nécessaire. » Ajoutons que, dans ce mémoire, se trouve la première observation d'ulcère où l'altération des nerfs de la jambe, soupçonnée depuis longtemps par Terrier, ait été démontrée par l'examen anatomique que pratiqua Gombault. Néanmoins, la démonstration de l'influence des nerfs trophiques restait encore tout entière à faire, et cette lacune devait être comblée par les intéressantes recherches de Quénu.

Des luxations paralytiques du fémur.

(*Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, mars 1878, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 238.)

Ce mémoire, dont l'idée première remonte à M. Verneuil, peut se résumer dans les quatre propositions suivantes : 1° du groupe des luxations dites *congénitales*, il faudra désormais distraire les luxations *paralytiques*; 2° ces luxations succèdent aux « amyotrophies » et pourraient, comme les affections qui les provoquent, survenir à tous les âges, bien qu'elles n'aient guère été observées que dans l'enfance; 3° pour que ces luxations se produisent, deux conditions sont nécessaires : d'une part, l'atrophie d'un groupe musculaire; de l'autre, l'intégrité de ses antagonistes. Si tous les muscles sont paralysés, il y aura bien un très grand relâchement, une mobilité exagérée dans l'article, mais pas de luxation; 4° à la hanche, la luxation iliaque est la plus fréquente. Elle est due à la traction des muscles adducteurs que l'atrophie des fessiers et des pelvi-trochantériens laisse sans contrepoids.

Traitement des anévrismes artéro-veineux par la méthode sanglante.

(*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 4 avril 1888, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 277, 1884.)

« 1° Lorsque le chirurgien peut assez rapprocher les fils pour que le segment oblitéré de l'artère ne reçoive pas de collatérales importantes, l'opération de la double ligature artérielle, sans ouverture du sac, nous semble parfaitement indiquée; 2° lorsque, au contraire, des collatérales volumineuses ramènent dans le segment oblitéré assez de sang pour distendre le sac, il faut lier les vaisseaux afférents et efférents, ouvrir la poche et chercher les embouchures des collatérales, que la bande d'Esmarch permettra de lier sans danger d'hémorragie. »

Traitement des anévrismes artériels par la méthode sanglante (*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 15 décembre 1888, p. 986). **Traitement des anévriemes artériels** (*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 554, 1894.)

« L'extirpation est une bonne opération, mais elle sera réservée aux cas où la tumeur menace de s'enflammer ou de se rompre, à ceux où les nerfs inclus dans les parois sclérosées du sac provoquent des troubles trophiques et des paralysies qu'on guérira ou qu'on atténuera par la dissection attentive et le dégagement des cordons nerveux; enfin, lorsque certaines conditions font craindre la récidive. A mon sens, l'extirpation et la ligature peuvent vivre côte à côte, employées l'une ou l'autre selon les circonstances. Je tiens les deux méthodes pour excellentes et vous engage à n'en excommunier aucune. »

De l'extirpation des brides qui enserrent les membres. Stricture congénitale.

(*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 20 janvier 1886.)

« J'ai présenté à mes collègues une petite fille à qui j'avais enlevé avec succès la moitié d'une bride qui étranglait la partie inférieure de la

jambe dont le pied commençait déjà à s'atrophier. L'année suivante, j'ai extirpé l'autre moitié de la bride; le résultat a été superbe. J'ai revu l'enfant en 1894 et cette jambe et ce pied beaucoup moins développés, lors de ma première opération, que la jambe et le pied du côté opposé, atteint cependant de pied bot congénital, étaient d'aspect absolument normal, solide et n'ayant comme tare qu'une ligne blanche cicatricielle. Je crois avoir été le premier à proposer et à justifier cette opération qui depuis a donné à d'autres chirurgiens de très bons résultats. »

Amputation congénitale et aïnhum.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 128, 1884.)

« Au premier abord on ne peut voir quels liens unissent, d'une part, l'aïnhum, maladie étudiée pour la première fois au Brésil, caractérisée par l'apparition chez les nègres adultes d'un sillon annulaire au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du cinquième orteil, qu'il étreint progressivement jusqu'à complète amputation, et d'autre part les amputations dites congénitales d'un orteil, d'un doigt, d'une cuisse même, constatées au moment de la naissance. L'amputation n'est pas toujours consommée et dans certains cas, à côté du membre incomplet, il existe un sillon de profondeur variable creusé sur quelque partie du pied, de la main ou de la jambe. De ces deux affections, l'une n'attaque que le cinquième orteil, l'autre ne respecte aucun membre : la première ne se rencontre que chez les nègres, la seconde frapperait indistinctement tous les peuples. Et cependant, lors d'une communication à l'Académie de médecine, M. Lannelongue se demandait déjà si aïnhum et amputation congénitale n'avaient pas souvent une commune origine. »

Le doute a gagné bien des esprits : on a recueilli de nouvelles observations ; on a trouvé deux cas qui, par étapes successives, semblent conduire de l'une à l'autre de ces maladies, et maintenant plusieurs auteurs ne voient dans l'aïnhum et dans les amputations congénitales qu'une variété du groupe étendu des sclérodermies provoquées par quelques troubles des nerfs trophiques. C'est cette thèse que nous allons étudier en nous

appuyant des travaux antérieurs de Verneuil, une observation de Maxime Loyat, la communication de Lannelongue, le mémoire de Guyon et un article publié en mars 1882, par le docteur Fontan.... Nous penchons donc vers l'identité des deux maladies. Certes nous n'ignorons pas que nos raisons sont loin d'être absolument convaincantes, et beaucoup veulent conserver à ces deux affections une place distincte dans un groupe différent. Nous aurions mauvaise grâce, nous qui n'avons pas *vu*, à prendre trop catégoriquement parti dans ce débat qui divise des médecins de mérite également complet. Nous nous contenterons de dire que les arguments indiqués par Fontan nous paraissent bons et jusqu'à plus ample informé nous acceptons l'opinion qu'il défend.

De l'aïnhum.

(*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 22 mai 1889, p. 429, et *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 568, 1888.)

« Le docteur José Pereira Guimaraès, professeur à l'École de médecine de Rio-de-Janeiro, nous communique une note sur une observation d'aïnhum. Le cas est d'autant plus instructif qu'il est accompagné d'un plâtre excellent qui met la lésion sous les yeux; nous la *voyons*, privilège qu'avaient eu seuls nos confrères de la marine. Aussi en profiterons-nous pour revenir sur la discussion toujours pendante des rapports de l'aïnhum avec les amputations congénitales. L'Académie de médecine a déjà abordé cette discussion et nous ne pouvons souscrire à la conclusion qui a semblé prévaloir : l'identité des amputations congénitales et de l'aïnhum. — C'est à défendre la thèse contraire que nous consacrons notre nouveau travail.

« N'oublions pas, d'ailleurs, que nos savants confrères du Brésil ont lu nos travaux et connaissent toutes nos hypothèses : depuis 1867, ils ont continué leurs recherches; ils ont pu contrôler nos assertions; or, les nombreuses publications de Pereira Guimaraès, l'observation qu'il vient de nous envoyer, les divers mémoires de Da Silva Lima, affirment tous

l'identité morbide de l'aïnbum, affections des cinquième et quatrième orteils des nègres adultes. Pour nous, à cette heure, et avec nos confrères du Brésil, avec le professeur Trélat, qui combattit l'identité dès le premier moment, avec Eugène Rochard, qui, il y a dix ans, mena résolument la bataille, nous croyons qu'on ne saurait ranger dans un même cadre deux affections aussi dissemblables. Et nous dirons comme conclusion définitive : l'aïnhum et les amputations congénitales sont deux lésions absolument dissemblables. »

Traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

(Cliniques de la Charité sur la chirurgie journalière, p. 485, 1909.)

Ces fractures sont, avec celles des côtes et de la clavicule, les plus fréquentes et les mieux étudiées. Cependant, on paraît ignorer certains points de leur histoire et nos classiques insistent trop peu sur les différences qu'elles présentent chez les vieillards, les adultes et les adolescents. C'est ainsi que chez ces derniers on a noté des faits inconnus encore avant la découverte de Roëntgen : Avant la radiographie on admettait que l'épiphyse radiale se soude entre dix-huit et vingt ans. C'est une erreur, et la disparition du cartilage ne survient que de vingt à vingt-deux ans chez la femme et de vingt à vingt-cinq ans chez l'homme. Encore est-il de nombreux cas où la coalescence est retardée et nous venons de recueillir l'observation d'une jeune fille qui, à vingt-six ans, avait encore un cartilage de conjugaison visible sur l'image radiographique. Aussi, partant de données anatomiques inexactes, arrivait-on à des conclusions pathologiques fausses et parlait-on de fractures du radius chez des jeunes de dix-huit à vingt-cinq ans, atteints sans conteste de *décollement* épiphysaire. Nous n'en saurions douter depuis les travaux de Poland. A l'appui de cette doctrine, nous rapportons l'observation d'une fille de plus de vingt-cinq ans entrée dans notre service avec le diagnostic « fracture de l'extrémité inférieure dn radius » et qui avait nettement un décollement épiphysaire démontré à la fois par la clinique et par la radiographie.

Traitement des fractures des jambes par les appareils de marche.

(Cliniques de la Charité sur la chirurgie journalière, p. 511, 1909.)

Après quelques essais infructueux, les appareils de marche, préconisés par Hessing au Congrès de Cassel, étaient abandonnés en France, lorsque il y a une quinzaine d'années, en 1897, j'ai repris la question avec mon ancien interne Cestan, actuellement professeur à la Faculté de Toulouse, et nous avons imaginé un appareil qui a donné à nous et à nos imitateurs des succès remarquables. Nous ne le décrirons pas ici, nous pensons que le mieux est d'en donner quelques schémas avec leur légende explicative.

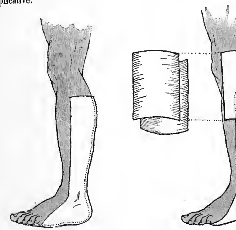


Fig. 33.

La gouttière plâtrée qui doit maintenir la réduction de la fracture a été posée; elle ne remonte pas jusqu'au genou pour ne pas blesser la peau du creux poplité pendant la marche. Le pied est bien à angle droit sur la jambe.

Fig. 34.

A gauche de la figure, on voit les deux contreforts : l'un d'eux a été placé, une moitié sur la partie supérieure de la gouttière plâtrée, l'autre moitié remontant sur la face externe du genou et sur le bas de la cuisse. L'autre contrefort sera mis en dedans, dans la région exactement similaire.

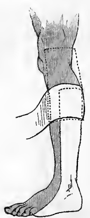


FIG. 35.

Quelques tours de bande plâtrée solidarisent la partie inférieure du contrefort avec la partie supérieure de la gouttière sur laquelle ce contrefort est appliqué.

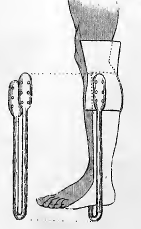


FIG. 36.

La pincette a été mise en place, bien dans l'axe du membre; ses branches sont parallèles au tibia et au péroné, et sont l'une en dedans de la malléole interne, l'autre en dehors de la malléole externe, sans contact avec ces malléoles, pour ne pas les blesser. En bas, la pincette déborde la face plantaire de 4 à 5 centimètres; en haut, elle atteint le bord supérieur de la gouttière.

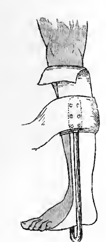


Fig. 37.

Quelques tours de bande plâtrée, appliquant exactement la partie élargie de la pincette sur le contrefort dont la moitié supérieure va être ramenée en bas de façon à recouvrir cette partie élargie ainsi prise, maintenue, et encastrée par le contrefort replié.

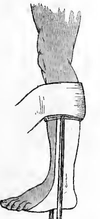


Fig. 38.

Fig. 38.

Quelques tours de bande plâtrée solidarisent les deux contreforts repliés et les maintiennent en place.

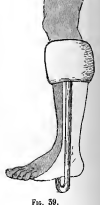


Fig. 39.

Fig. 39.

L'appareil est terminé; on a même déjà enlevé les bandes de toile qu'on avait mises pour sécher le plâtre.



Fig. 40.
Le blessé marchant, grâce à son appareil.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La loi sur les Accidents du travail date du 9 avril 1898 ; nous avons été nommé expert près du Tribunal civil de la Seine, en 1901, et, depuis, nous nous sommes particulièrement occupé des questions délicates que

cette loi soulève. Après nous être initié nous-mêmes, nous avons éduqué nos élèves et publié des leçons sur « *Les accidents du travail et le médecin* »; « *Le rôle du médecin dans les accidents du travail* »; *Le certificat et les expertises* »; « *L'examen du blessé; La rédaction du rapport* »; « *La consolidation de la blessure* »; « *L'évaluation des incapacités* ». Puis nous avons pris part aux discussions très vives qui ont divisé les experts à propos de « *L'état antérieur dans les accidents du travail* », « de *La hernie traumatique et de la hernie professionnelle* », « de *L'accident dans la loi sur les accidents du travail* », « *Le mythe de l'orchite traumatique* ».

L'état antérieur dans les accidents du travail.

(Cliniques de la Charité dans la chirurgie journalière, p. 601, 1909.)

Ne serait-il pas équitable de ne faire payer au patron ou à son assureur que le déchet professionnel dû à l'accident lui-même et de ne pas le « handicaper » des tares dont, avant la blessure, était atteint le blessé? Un ouvrier borgne perd son second œil au chantier, l'employeur devra-t-il l'indemniser de la perte des deux yeux? Une coupure sans importance et qui guérirait en trois jours, une piqûre qui n'a même pas interrompu le travail provoque, chez un individu au sang vicié, diabétique ou albuminurique, un phlegmon gangreneux qui, souvent, entraîne la mort; un syphilitique se fait une contusion légère qui « déclanche » une paralysie générale. En vérité, est-ce que, dans ces cas, la responsabilité patronale ne doit pas presque disparaître au regard de l'énormité de « l'état antérieur du blessé », de ses dyscrasies héréditaires ou acquises, de ses diathèses, de tout son bagage pathologique?

Au début de sa carrière, le jeune expert répond « oui! » sans hésitation. Et puis il ne tarde pas à se rendre compte des hautes raisons invoquées par la jurisprudence pour affirmer et maintenir la règle contraire. D'abord la loi sociale de 1898 est une loi forfaitaire, c'est un compromis entre patrons et ouvriers pour se partager les dommages que peut entraîner « le risque professionnel ». A la suite d'un accident du travail, un employé a dû interrompre sa tâche pendant six mois et, lorsqu'il retourne

à l'atelier sa capacité, a diminué de 50 0/0; eh bien! d'après la convention du 9 avril 1898, l'employeur et l'employé endosseront chacun la moitié de la perte : l'employé recevant de l'employeur son demi-salaire jusqu'à la reprise du travail et une rente viagère équivalente à la moitié de la diminution de salaire qu'il a subie du fait de l'accident? Si tout travail est devenu impossible, si l'incapacité, au lieu d'être partielle, est absolue, ce n'est plus la moitié, mais les deux tiers du salaire, qui sont dus par le patron.

Ce contrat n'est-il pas léonin et, dans le silence de la loi, la jurisprudence a-t-elle le droit moral de l'aggraver encore en ne tenant pas compte de « l'état antérieur » pour atténuer la responsabilité patronale lorsqu'une tare organique du blessé a, pour ainsi dire, envenimé la blessure? — Nous trouvons, nous, qu'elle a fait acte de haute sagesse en imposant, pour le règlement des indemnités, la brève formule : « Que gagnait l'ouvrier avant l'accident, qu'est-il susceptible de gagner après? » Il faut songer que tout adulte est au moins atteint d'une diathèse ou d'une dyscrasie, qu'il est, ou qu'il a été touché par la tuberculose ou par la syphilis acquise ou héréditaire, par l'alcoolisme ou par le tabagisme, qu'il a eu, peu ou prou, de l'albumine ou du sucre dans les urines, qu'il est sous l'empire de la goutte, de l'arthritisme, de l'herpétisme ou du rhumatisme, tous états antérieurs qui peuvent imprimer une marche plus grave à la lésion traumatique. En ces temps de spécialisation à outrance, a-t-on songé à la nuée d'experts qu'il faudrait pour s'y reconnaître dans un pareil chaos!

A-t-on songé que l'avocat du patron, même sans être doué d'un esprit de chicane très vif, saura trouver, dans les antécédents du blessé, une tare pour innocenter le traumatisme et pour diminuer la rente? Nous le voulons bien, mais le double but que la loi veut atteindre sera manqué : elle veut d'abord que le litige entre ouvriers et assureurs soit vite réglé afin que la victime du traumatisme sache le plus tôt possible sur quelles ressources elle peut tabler. Jusqu'alors, on comptait des mois, il faudrait des années pour vider un litige qui ne finirait qu'après avoir épuisé toutes les juridictions. Ne vaut-il pas mieux que l'argent dépensé par les compagnies dans ces interminables procédures aille aux blessés plutôt

qu'aux avoués, aux médecins et aux juges ! Et puis cette loi veut mettre autant que possible la paix entre ouvriers et patrons ; or, ces contestations, ces chicanes, cès misères accumulées mueraient bien vite en loi de haine une loi de conciliation.

Nous prétendons même qu'on ne pourrait aboutir : ces diathèses, ces états antérieurs ne sont pas choses nouvelles dans la science. Il y a quelque trente ans, elles furent étudiées par Verneuil et ses élèves, justement dans leur rapport avec le traumatisme et, avouons-le, les résultats obtenus restèrent obscurs. Certainement les contusions et les plaies prennent souvent une allure inquiétante chez les dyscrasiques; des phlegmons diffus, des gangrènes envahissantes peuvent survenir, des gommes chez les syphilitiques et des abcès froids chez les tuberculeux. Mais il n'est pas rare aussi de voir la blessure évoluer sans produire ces complications qui, d'autre part, — et ceci est capital, — peuvent éclater chez des accidentés exempts de ces états antérieurs. Alors quelles conclusions avons-nous le droit d'en tirer ? D'autant que si la diathèse peut aggraver le traumatisme, le traumatisme aggrave la diathèse et nous défions l'expert le plus sagace de s'engager sur un terrain aussi hasardeux sans péril de léser un des deux intérêts en présence. Et puis enfin, comment faire admettre à l'esprit simpliste de la victime qu'une diathèse le plus souvent latente, et qui ne l'empêchait pas de gagner son plein salaire, autorise le tribunal à diminuer sa rente?

L'accident dans la loi sur les accidents du travail.

(*Presse médicale*, n° 27, 5 avril 1911.)

Ni le texte de 1898, ni les retouches de 1902 et de 1905 n'ont défini « *l'accident* » ; l'usage, pensait-on, en a suffisamment fixé le sens. Cette confiance ne fut pas heureuse et les gloses des commentateurs, loin d'éclairer la question, ont plutôt forgé une équivoque dont la répercussion s'est fait sentir jusque dans nos juridictions les plus élevées. Qu'on relise nos auteurs les plus éminents, Marestaing, Sachet, Thoinot dont les formules ont eu le plus de succès auprès des magistrats et des experts et

l'on y voit s'amorcer une insupportable confusion : on nomme accident du travail, nous disent-ils, « toute *blessure*, toute *lésion*, toute *atteinte* au corps humain.... » Telle est la première partie, la plus essentielle, semble-t-il, de leur définition qu'ils complètent par ces mots : « résultant de l'action soudaine d'une violence extérieure ».

Certes, nous ne méconnaissons pas la nécessité qu'il y a de lier la lésion provoquée par l'accident à l'accident qui a provoqué la lésion, puisque c'est la lésion qui ouvre à la victime le droit à une indemnité : un « assujetti » tombe d'un quatrième étage sans se blesser et reprend sur l'heure sa tâche habituelle : la responsabilité patronale n'entre pas en jeu. Mais il faut s'expliquer nettement pour éviter dans nos esprits — et surtout dans les expertises et dans les jugements — une confusion constante de notre langage courant où le mot « accident » s'applique aussi bien à la lésion elle-même qu'à la cause de la lésion, à la fracture de cuisse qu'a provoquée une chute qu'à la chute qui a provoqué la fracture de cuisse. Or, cette équivoque n'est pas innocente et, en dix années d'expertises, nous avons saisi sur le vif les lourdes erreurs dont elle était la cause.

Nous avons vu des experts — et il y a eu des jugements pour « entériner » leurs conclusions — considérer, par exemple, l'issue de l'intestin au travers de l'anneau élargi et la douleur qu'elle provoque, comme l'accident proprement dit et ne pas rechercher si le cours du travail avait été troublé par un événement imprévu et soudain, en un mot par « l'accident » pour lequel la loi a été faite. Or, sans cet accident, la hernie produite est une hernie-maladie que la loi actuelle n'indemnise pas.... Comment distinguer de l'accidenté du travail le taré par la profession si on laisse ainsi déchoir l'accident de sa prééminence causale? Il est temps d'y prendre garde ou bien l'anévrisme spontanément rompu, la fracture due à la raréfaction de l'os par une gomme syphilitique ou par un cancer rentreront bientôt dans le cadre des affections protégées par la loi de 1898 : il suffira que la catastrophe éclate par chance sur le lieu et pendant les heures du travail.

Si nous ne voulons pas nous laisser entraîner sur cette pente dangereuse et pour protester contre ce membre de phrase aux termes contra-

dictoires : « l'accident survenu au cours du travail normal », il faut une meilleure définition. Nous en proposons une assez courte pour être retenue par les mémoires les plus rétives et qui a surtout l'avantage de supprimer toute équivoque en mettant au premier plan l'accident proprement dit et non « l'atteinte au corps humain » qui, chronologiquement, ne doit être qu'au second. Et c'est pourquoi nous avons défini l'accident du travail « un événement imprévu et soudain, survenu du fait ou à l'occasion du travail, et qui provoque, dans l'organisme, une lésion ou un trouble fonctionnel permanent ou passager ».

La hernie dans les accidents du travail.

La discussion sur « l'état antérieur » est surtout vive dès qu'on touche à la question des hernies. Dans une discussion, au Congrès de Rome, un collègue fort qualifié nous disait : Nous passerons condamnation sur les diathèses, nous admettrons que l'on paie au tarif des deux yeux la perte de l'œil unique de l'employé borgne, mais du moins concédez-nous que la hernie, dite de faiblesse, apparue grâce à des tares congénitales ou acquises, en tous cas indépendantes de l'accident, ne doit pas être indemnisée.

Nos divergences sont dues surtout à ce que le problème est mal posé. La hernie qui apparaît tout à coup, à travers des parois abdominales solides, sous la pression d'un traumatisme énergique, est désignée sous le nom de hernie *de force*, tandis que la hernie *de faiblesse* est celle qui se dessine peu à peu, progressivement, sous l'influence d'efforts médiocres mais multipliés, au niveau d'anneaux élargis et de sangles musculo-aponévrotiques débilitées par des tares congénitales. Et pour nombre d'experts, il suffit de constater ces tares pour prononcer le mot de hernie de faiblesse, ce qui entraîne, comme corollaire, la conclusion que l'issue de l'intestin, commandée par l'état antérieur, était pour ainsi dire fatale et que l'accident du travail, même surabondamment démontré, n'est pour rien dans sa formation. « Attendu, lisions-nous dans un rapport, que les muscles de la paroi abdominale sont sans résistance,

que l'aponévrose du Grand Oblique est éraillée et que l'orifice inguinal externe est élargi, l'accident doit être écarté : il s'agit d'une hernie de faiblesse. »

Cette doctrine nous paraît d'autant plus redoutable que, actuellement, nombre de chirurgiens — et des plus qualifiés — déclarent que toutes les hernies sont congénitales, si on veut bien laisser de côté ces rarissimes issues intestinales provoquées par des ruptures sous-cutanées de la paroi dues à la pression violente d'un timon de voiture ou d'un volant d'automobile et qui sont d'ailleurs plus une éventration qu'une hernie. Toute vraie hernie serait donc de faiblesse et de ce fait n'engagerait jamais la responsabilité patronale. Certes, la pratique des expertises nous montre qu'elle la sollicite très peu, mais il n'en existe pas moins des cas où, le traumatisme et l'effort exceptionnel ont joué dans l'élargissement subit d'un anneau, lâche mais encore inviolé par l'intestin, un rôle prépondérant. Nous avons proposé de donner à ces hernies le nom de « hernies de force sur un ventre de faiblesse ».

Ou mieux, nous voudrions voir disparaître ces dénominations trompeuses; plus de hernies de force, plus de hernies de faiblesse, mais du moins dans notre petit monde des expertises, des hernies *accidentelles* et des hernies *professionnelles*. Or, les hernies accidentelles peuvent survenir en des régions prédisposées et où l'état antérieur favorise certainement l'issue intestinale, mais où, et j'insiste sur ce point, cette issue pourrait ne jamais s'observer si une violence extérieure et surtout un effort exceptionnel n'était intervenu. Et ceci nous paraît un argument irréfutable; de quel droit, au nom de quel principe refuserait-on à l'accident la réparation forfaitaire puisque la lésion observée a été provoquée par lui? Et si l'on nous répond qu'ici le canal péritonéo-vaginal ouvert et le sac préformé sont tout et que tôt ou tard l'intestin aurait effectué son issue, nous répliquerons que rien n'est moins sûr, car, non seulement cette hernie n'apparaît souvent que, lorsque pendant déjà dix, vingt ou trente ans, l'ouvrier a pu gagner son plein salaire, mais que même, malgré ce ventre de faiblesse, elle pourra ne jamais se former. Donc l'accident joue parfois un rôle indiscutable de cause à effet et l'écarter, sous prétexte d'état antérieur, serait un déni de justice.

Et ne dites pas que cette doctrine ouvre la porte aux revendications les plus injustifiées et que tout porteur de hernie professionnelle, vieille ou récente, sera tenté de l'inscrire au compte d'un accident réel ou illusoire. La pratique m'a démontré le contraire, car, si les demandes en indemnités sont fréquentes, du moins le plus grand nombre sont rejetées, d'abord, point essentiel, parce que l'expertise démontre souvent qu'il n'y a pas eu d'accident au sens juridique du mot; et puis le tableau clinique qui s'est déroulé, au moment où aurait apparu la hernie, ne rappelle en rien les douleurs caractéristiques de l'issue de l'intestin au travers des anneaux violentés. Un interrogatoire serré, la lecture attentive de l'enquête, le récit de la victime et des assistants suffisent pour faire la lumière et l'on constate que c'est au cours du travail normal que la tumeur, préexistante et méconnue, aurait pour la première fois appelé l'attention du porteur; elle se serait manifestée par une « piqûre », une « gêne », une « douleur » dans l'aine, sensations au demeurant médiocres puisqu'elles ont permis, au prétendu accidenté, de continuer le travail. Donc pas d'accident, pas de signe clinique révélateur du « forcement » des anneaux, donc enfin pas de hernie traumatique à indemniser.

La tuberculose et les accidents du travail.

(*Presse médicale*, n° 1, 3 janvier 1912.)

Les rapports de « l'accident » avec la tuberculose mettent encore les experts aux prises, et ce fut pendant longtemps la crise du laboratoire contre la clinique. On peut dire que, de tous temps, les chirurgiens admirent que le traumatisme crée dans les tissus « un lieu de moindre résistance » propice au développement des abcès froids, des adénites, des ostéo-arthrites chroniques. Un instant même, après la fameuse expérience de Max Schüller, on crut avoir démontré que, chez un lapin, il suffit d'entorser une jointure pour y voir apparaître une tumeur blanche, du moins après injection dans la trachée de crachat de tuberculeux. Mais

bientôt Lannelongue et Achard montrèrent, d'abord que l'assertion du savant allemand était erronée et puis, par des recherches poursuivies avec une rigoureuse méthode, ils prouvaient qu'après une injection de culture pure de bacille de Koch dans les jointures, les veines ou le tissu cellulaire, en aucun cas le traumatisme ne « localisait » la tuberculose au point contusionné.

Cependant, malgré la haute autorité de ces deux maîtres, la Clinique accumulait les observations où la relation de cause à effet entre le traumatisme et la tuberculose est si précise qu'on ne peut la récuser; aussi de nouveaux expérimentateurs se mettaient à l'œuvre et il semble que maintenant un peu de jour filtre à travers tant d'obscurités. Des travaux de Petrow et de José Ribera y Sans, il résulte que les bacilles de Koch qu'on savait déjà semés à la surface de toutes les muqueuses, en particulier sur les amygdales et dans le naso-pharynx, pénètrent dans les vaisseaux blancs et rouges et s'arrêtent au niveau des ganglions lymphatiques, des séreuses articulaires, dans la moelle osseuse des épiphyses; là ils vivent à l'état de saprophytes, de germes neutres et tenus en échec par les cellules vivantes des tissus ambiants; ils ne réagissent pas, et l'on ne voit s'édifier autour d'eux aucune formation tuberculeuse.

Mais qu'un traumatisme survienne, joint sans doute à certaines conditions dyscrasiques, latentes ou encore inconnues, la défense organique de la région est paralysée; de saprophytes les bacilles deviennent pathogènes, les granulations grises, les noyaux caséeux apparaissent et l'on voit, à la suite d'une entorse, d'une luxation, d'une contusion ganglionnaire, d'un heurt sur les bourses se développer une ostéo-arthrite, une synovite, une adénite, une épididymite tuberculeuse. — D'autre part, n'oublions pas que la bacillose est très fréquente, qu'elle survient très souvent, spontanément, sans le secours d'une violence extérieure; aussi pour admettre entre celle-ci et celle-là, une relation de cause à effet, il faudra que le traumatisme ait été des plus nets, qu'on en puisse fixer le jour et l'heure, qu'il se soit traduit par des signes non équivoques, rougeur, douleur, gonflement, ecchymose; il faudra que peu à peu, mais sans interruption, sans période de guérison apparente, on voie se substituer, aux signes de la contusion, les signes de la tuberculose. Dans

ces cas, mais dans ces cas seulement, nous aurons le droit de conclure au développement d'une tuberculose traumatique.

Le mythe de l'orchite traumatique et la loi sur les accidents du travail.

(*Journal des Praticiens*, n° 31, 30 juillet 1910.)

Si nos collègues qui prétendent que l'orchite traumatique est un mythe veulent dire par là que le terme est impropre et que le traumatisme seul est impuissant à provoquer l'orchite, s'ils veulent affirmer que le facteur « infection » est indispensable pour que l'inflammation éclate, c'est très bien, et nous acceptons d'avance le mot moins elliptique qu'ils pourront créer. Mais nous protesterons s'ils nient la possibilité qu'a le foyer de contusion de la glande de s'infecter au contact des germes latents déposés dans cette glande; nous protesterons s'ils nient qu'un testicule, sain jusque-là, peut, à la suite d'un heurt ou d'un choc, être envahi par les gonocoques de l'urètre. Certainement nos adversaires n'iront pas jusque-là : ils seraient en désaccord avec les enseignements de la pathologie générale. Quant à la tuberculose, s'ils rejettent qu'un traumatisme puisse créer un lieu de moindre résistance où les bacilles déjà déposés dans l'épaisseur de l'organe pullulent plus facilement, ils n'auront pas avec eux la majorité des cliniciens. Aussi nos tribunaux qui connaissent bien ces discussions contradictoires ne concluraient pas avec la confiante sérénité du juge de paix, dont nous citions le jugement, « que l'orchite n'a jamais une origine traumatique ».

CHAPITRE IV

OUVRAGES DE VULGARISATION

Manuel de pathologie externe.

(1re édition, 1885; 2e édition, 1892; 4 volumes, par Reclus, Kirmisson, Peyrot, Bouilly. 1er volume : *Maladies communes à tous les tissus. Maladies des tissus*, par le docteur Paul Reclus).

« Le temps n'est plus où l'on pouvait condenser la pathologie externe en un volume écrit en quelques mois; il faut aujourd'hui de longues années pour préparer un manuel de chirurgie, fût-il élémentaire, et avant que l'auteur ait achevé son œuvre, d'autres travaux ont déjà ébranlé les premières assises ou même abattu quelques pans du modeste édifice.

« Aussi quatre agrégés, chargés du cours auxiliaire de chirurgie, ont-ils eu l'idée de se partager la tâche et de réunir leurs efforts pour la composition rapide et simultanée d'un précis en quatre volumes. Ils espèrent ainsi ne pas être trop vite distancés par les jeunes théories et les découvertes nouvelles. — Et voilà ce qui les décide à ajouter leur Manuel à tant d'autres, dont un, au moins, est excellent.

« Élèves des mêmes maîtres, imbus des mêmes doctrines, ils espèrent avoir écrit un livre homogène. Mais si, seulement, leur Manuel était ce qu'il veut être, non pas un aide-mémoire que l'étudiant feuillette la veille d'un examen pour essayer de voiler son ignorance à ses juges, mais un précis sobre et clair, mettant en relief les traits essentiels de chaque maladie, les contours exacts du tableau clinique, leur œuvre ne serait pas inutile : ils auraient rendu service à l'enseignement. »

Traité de Chirurgie.

(Publié sous la direction de MM. Simon Duplay et Paul Reclus, avec la collaboration de MM. Berger, Broca, Delbet, Delens, Forgue, Gérard-Marchaut, Heydenreich, Hartmann, Jalaguier, Kirmisson, Lagrange, Lejars, Michaux, Nélaton, Peyrot, Poncet, Potherat, Quénu, Ricard, Tuffier, Walther. Huit volumes in-8°, Paris, 1890).

On a reproché l'absence d'Avant-Propos à notre première édition du

Traité de chirurgie. A vrai dire il nous semblait inutile, tant notre idée maîtresse était simple et notre plan conforme à cette idée : confier la tâche à des chirurgiens assez nombreux pour « faire » vite, pas trop pour ne pas nuire à l'homogénéité de l'œuvre ; assez jeunes pour avoir encore le goût et le loisir d'écrire, pas trop pour ne pas manquer d'expérience professionnelle ; enfin, il fallait assigner à chacun la part de travail nettement indiquée par des recherches antérieures et des découvertes personnelles.

Ce plan a réussi : nos huit volumes ont paru en vingt-six mois, tandis que nous en avions demandé trente au public. Les lecteurs n'ont pas « failli attendre », et cette ponctualité est assez rare, en France et hors de France, pour qu'une revue d'Outre-Rhin ait pu dire : « Nous commençons aussi des ouvrages de ce genre en Allemagne, mais nous devons avouer que nous ne les finissons pas souvent ». Comme notre idée était bonne, beaucoup s'en sont emparés aussitôt, et nous avons assisté à une riche floraison de *Traités* analogues. Nous osons rappeler ici que nous fûmes les initiateurs.

Notre succès auprès du public médical a été grand, puisque, malgré trois importants tirages, une deuxième édition est devenue nécessaire. Nous avons apporté tous nos soins à cette œuvre nouvelle. Certaines parties que les auteurs, trop pressés par le temps, avaient dû négliger, ont été complètement reprises, et il ne reste plus une ligne du travail primitif: Tous les articles, même les meilleurs, ont été remis au courant de la science. Et, malgré l'étendue de la tâche, ce n'est plus en trente mois, c'est en douze que nous nous engageons à publier nos huit nouveaux volumes.

Nous devrons ce résultat au dévouement de nos collaborateurs. Ils savent que, pour une œuvre de ce genre, il faut oublier les menus intérêts et passer par-dessus ses convenances personnelles pour apporter à l'heure dite le travail exigé. Leurs vingt volontés n'en font plus qu'une seule, en vertu d'une obéissance à la règle d'autant plus méritoire qu'elle est vraiment spontanée ; rien ne l'impose, ni hiérarchie, ni autorité, ni sanction quelconque ; chaque auteur est maître chez lui, et notre éditeur n'est que le plus précieux de nos aides, le plus décidé aux sacrifices pour le bien de l'œuvre commune.

Plus de sept ans se sont écoulés depuis le jour où fut arrêté le programme du *Traité de chirurgie*, et des vingt-quatre collaborateurs du début, aucun, par un rare bonheur, ne manque encore à l'entreprise. Les portes de l'Hôpital et de l'Agrégation se sont ouvertes devant les plus jeunes, le Professorat et l'Académie de Médecine en ont élu de plus âgés; tous ont vu s'étendre leur sphère d'activité professionnelle. Aussi pouvons-nous affirmer que ce nouvel ouvrage portera la marque d'une expérience plus mûre et d'une plus grande autorité.

Simon DUPLAY, Paul RECLUS.

Janvier 1897.

Traité de Thérapeutique chirurgicale.

(Par Émile Forgue et Paul Reclus. Deux gros volumes in-8, Paris, Masson et Cie, 1892.)

Nous avons publié avec la collaboration de M. Forgue, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Montpellier, un *Traité de thérapeutique chirurgicale* en deux volumes. Depuis Chassaignac, nul n'avait songé à combler ce vide de notre littérature médicale. Il est certain cependant que cette sorte de commentaire, où trouvent place les indications du traitement, la technique opératoire et les résultats immédiats ou éloignés de notre intervention, devait compléter les œuvres magistrales de Malgaigne, de Le Fort et de Farabeuf. Le succès qui a accueilli ce livre nous en prouve l'utilité. Une édition italienne vient aussi de paraître. Une deuxième édition de l'ouvrage a paru.

Pratique Médico-Chirurgicale (P. M. C.)

(Six volumes de mille pages, publiés sous la direction des professeurs Brissaud, Pinard et Reclus; Masson et Cie, 1907.)

L'étudiant ou le praticien doit remuer bien des volumes et feuilleter bien des tables de matières avant de trouver dans nos Traités de médecine, de chirurgie, d'accouchement et d'hygiène, le renseignement dont

il a besoin. Il économiserait son temps, il s'épargnerait beaucoup d'impatience s'il avait sous la main un ouvrage où prendre la substance de ce qu'il veut savoir sur l'heure. Mais un tel précis n'existait pas; nous avons eu l'idée de l'entreprendre.

Pour être d'un maniement facile, notre *Pratique Médico-Chirurgicale* adopte l'ordre alphabétique; pour ne pas être trop encombrante, elle supprime les notes, les historiques fastidieux, les bibliographies superflues; pour être vraiment utile, elle est surtout *clinique* et *thérapeutique*; elle ne donne de l'anatomie pathologique et de la pathogénie que ce qu'il en faut pour interpréter les symptômes et pour diriger le traitement, but capital de nos efforts.

Nous n'aurions pu mener à bien une telle entreprise sans le labeur incessant, la scrupuleuse méthode de notre secrétaire général, sans l'activité, le zèle, la jeune maturité, la science de nos soixante collaborateurs, qui furent nos internes, nos chefs de clinique et de laboratoire, nos aides d'anatomie, nos prosecteurs, nos assistants, et dont quelques-uns sont déjà nos collègues des Hôpitaux et de la Faculté. Notre joie a été grande de les grouper autour de nous et de nous les unir plus encore par les liens de cette œuvre faite en commun.

E. BRISSAUD, A. PINARD, P. RECLUS.

Nouvelle Pratique Médico-Chirurgicale illustrée.

(Huit volumes de mille pages, publiés sous la direction des professeurs Brissaud, Pinard et Reclus; Masson et Cie, 1911.)

Le succès de notre *Pratique Médico-Chirurgicale* en a si clairement démontré l'utilité, que les auteurs ont résolu de continuer, d'améliorer et de développer leur œuvre. Ce n'est donc pas une réimpression que nous offrons au lecteur, mais presque un livre nouveau, ne conservant guère de l'ancien que l'ordre alphabétique, le procédé le meilleur pour procurer, par le moindre effort, le plus rapide renseignement.

Nous avons mis au courant de la science les articles sur la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et la puériculture, l'hygiène, la médecine légale,

les accidents du travail, la médecine militaire qui englobe maintenant tous les médecins civils. Nous avons agrandi encore la place, prépondérante déjà, donnée à la thérapeutique; puis, élargissant notre cadre, nous la complétons par l'étude des Méthodes opératoires, de la Petite chirurgie, des Régimes, des Médicaments, avec leurs indications et leur posologie d'après le récent Codex. Enfin, nous avons multiplié les figures, inséré des planches hors texte, additions qui ont porté de six à huit le nombre de nos volumes. Et notre P. M. C. est ainsi devenue la *Nouvelle Pratique Médico-Chirurgicale illustrée*.

Pour cette tâche, de nouveaux collaborateurs ont grossi la solide phalange des anciens. Avec quelle fierté chacun de nous saluerait l'œuvre de tous si la mort brutale de Brissaud n'avait fauché notre joie. Brissaud, seul, eut l'idée du premier ouvrage dont, avec H. Meige et nos dévoués éditeurs, il avait mûri tous les détails : lorsqu'il fit appel à nos deux concours, nous n'avions plus qu'à grouper nos élèves et à poursuivre allègrement la besogne tracée. Brissaud a dressé le plan de l'édition actuelle, et il n'est pas une amélioration que n'appuie l'autorité de son jugement. Nous devions insister sur le rôle capital de cet ami incomparable : ce n'est point par des mots, mais par le rappel de ce qu'il a fait, que nous voulons honorer sa mémoire.

A. PINARD, P. RECLUS.

Janvier 1911.

Cliniques et Critiques chirurgicales.

(Un volume grand in-8, Paris, G. Masson, 1884.)

« Les études que contient ce volume ont déjà paru dans des recueils périodiques, quelques-unes dans *le Progrès médical* et la *Revue mensuelle*, la plupart dans la *Gazette hebdomadaire*, qui nous demande, depuis trois ans, d'exposer à ses lecteurs les questions nouvelles de chirurgie.

« Ce n'est point cependant une simple reproduction : des lectures plus étendues, une observation mieux éclairée, de justes critiques, ont souvent modifié notre opinion ; et nous n'avons pas craint, dans quelques-uns de nos mémoires, d'ajouter des exemples nouveaux, de changer

l'ordonnance des faits, et même d'atténuer ou d'accentuer nos affirmations primitives.

« S'il ne se fût agi que d'études critiques, nous n'aurions point osé rassembler ces articles : en ce temps de progrès rapides, les points de vue se déplacent, les théories vieillissent vite et ne présentent bientôt plus qu'un médiocre intérêt. Mais si les interprétations se modifient, les faits demeurent, et nous nous sommes toujours efforcé de prendre de solides observations, comme base de nos recherches, aussi bien pour les analyses des travaux d'autrui que pour nos mémoires originaux.

« La recherche de la clarté a été notre constante préoccupation. Ce que nous essayons de faire facilement comprendre, nous l'avions souvent péniblement compris, et le travail qu'ont nécessité ces articles est encore notre meilleure excuse pour les présenter de nouveau au public : comme ils nous ont coûté de la peine, nous nous révoltons un peu « contre l'oubli qui les gagne. Ils ont vécu une heure, nous voudrions les faire vivre tout un jour ».

Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu.

(Un volume grand in-8, Paris, G. Masson, 1888.)

« L'honneur m'est échu de suppléer le professeur Richet, qui veut, au cours de cette année, se reposer des fatigues de l'enseignement. Je lui succède, mais sans le remplacer ; je sais trop ce qui me manque pour être digne de cette chaire chirurgicale : avant tout l'expérience, qui, dit-on, dépasse la science elle-même.

« Je ne vous tracerai pas de programme; je ne dirai pas comment je comprends la clinique. Les grandes leçons d'ouverture sont le fait de nos maîtres; ils ont pour eux l'autorité, et je ne veux pas me risquer à boire plus haut que mes lèvres. Comme l'instituteur Bonnefois de Töpfer, je ferai pour le mieux et comme je peux.

« Je peux être exact, attentif, patient, soigneux des malades et soucieux des élèves, je le serai. Mon ambition ne va pas plus loin, et j'espère que vous trouverez ici des paroles simples, une exposition claire, et des enseignements pratiques. »

Cliniques chirurgicales de la Pitié.

(Un volume grand in-8, Paris, Masson et Cie, 1894.)

« Voici le troisième volume de Cliniques que je publie pour mes élèves. Le premier date de 1884 : j'étais encore chirurgien du Bureau Central, et mes leçons essayaient de refléter fidèlement l'enseignement de mes maîtres. Le deuxième parut en 1888 : le professeur Richet avait obtenu un congé; les hasards de l'agrégation me valurent de le remplacer à l'Hôtel-Dieu, et je voulus marquer par un livre l'heureux souvenir de cette suppléance.

« Le troisième est né d'un même sentiment : il y a un an, jour pour jour, je quittais Broussais pour devenir titulaire de l'un des services chirurgicaux de la Pitié, hôpital central dont les élèves ont su de tout temps le chemin; ils sont venus, et, pour les retenir, il n'a fallu que l'exactitude, et le désir de leur être utile. A l'hôpital, ils aiment qui les aime; je les ai guidés dans leurs études; pour eux, j'ai préparé mes leçons; j'ai même pris le soin de les écrire, ce qui me permet, aujourd'hui, de les soumettre à un public moins restreint.

« Et puis j'ai voulu tenter une expérience : on connaît les projets de réorganisation de l'enseignement clinique dans notre Faculté, les efforts du professeur Potain, la persévérance, la souple fermeté de M. Brouardel pour faire accepter cette réforme urgente : elle est enfin votée, et l'année prochaine en verra la réalisation. Cette loi, un an à l'avance, je l'ai considérée comme promulguée, et, pour la mettre à l'épreuve, je me suis imposé les devoirs des futurs professeurs auxiliaires. L'essai m'a paru réussir, et je veux aussitôt en porter témoignage.

« J'ai reçu de l'Assistance publique vingt stagiaires, que j'ai enrégimentés chacun avec sa fonction, ses lits à surveiller, ses pansements à faire; ils sont soumis tous les matins à l'appel; je raie impitoyablement les absents et les retardataires de la feuille de présence; les malades nouveaux sont examinés par les élèves du rang; le diagnostic est discuté par eux avant d'être complété ou rectifié par mes internes et par moi-même,

— tout cela simplement, amicalement, avec émulation, avec entrain; sans trouble, sans fatigue pour les malades.

« Aux stagiaires se sont joints de nombreux bénévoles, élèves de première et de deuxième année, des étudiants pourvus déjà de toutes leurs inscriptions, des médecins de passage, quelques confrères de la marine et de l'armée, et, chaque jour, des étrangers nouveaux. Cette diversité même est un écueil, car il faut à chacun de ces groupes un enseignement différent : apprendre à se laver les mains, à masser une entorse et à gâcher le plâtre, convient beaucoup mieux aux uns que les subtilités de diagnostic, les indications thérapeutiques ou les procédés opératoires réclamés surtout par les autres. Mais tous y mettent du leur, et un véritable enseignement mutuel s'organise.

« On me prédisait que ces rigueurs lasseraient les élèves, et qu'ils fuiraient bientôt un service où l'on réclame d'eux la présence réelle. On se trompait, si j'en crois l'expérience de douze mois; et, sur mes vingt stagiaires du commencement de la nouvelle année, il en est à peine un par matin qui manque à l'appel; tous les bénévoles sont à leur poste; les « passants » sont toujours plus nombreux et, pour tout dire, mon amphithéâtre, bien petit il est vrai, devient décidément trop petit.

« Mais que de lacunes encore pour un enseignement régulier! Se douterait-on qu'il n'existe pas de laboratoire officiel à la Pitié, et que les recherches bactériologiques y sont abandonnées au bon vouloir d'un chacun? L'année dernière, nous avions le bonheur de posséder M. Pilliet, dont la grande compétence se double d'une complaisance inépuisable, et M. Martin, un des plus distingués élèves de l'Institut Pasteur. Mais voici que notre maître, M. Tillaux, dont, tous, nous regrettons le départ, emmène avec lui M. Pilliet à la Charité; le roulement des internes place M. Martin dans un autre hôpital, et nous sommes livrés sans défense à tous les hasards du renouvellement annuel.

« Croirait-on que nous n'avons même pas une salle d'opérations annexée à notre service des femmes? Quelle que soit la malade, son état de faiblesse, la nature et la gravité de l'intervention, il lui faut traverser un couloir où le vent s'engouffre, une large cour froide, monter un long escalier, subir l'opération dans une chambre où le soleil aveugle, et qui,

cependant, manque de lumière; — puis elle reprend le même chemin, redescend l'escalier qu'on lui avait fait gravir, et repasse par la même cour et le même couloir pour regagner son lit. Et tout cela, dans un des grands hôpitaux de Paris, au seuil de l'an 1894 ! »

« Pour en revenir aux cliniques publiées dans ce volume, elles ont été professées pour mes élèves les plus avancés, et pour les confrères nationaux ou étrangers qui suivent le service. Elles traitent principalement de thérapeutique chirurgicale, et surtout de sujets d'utilité courante : fractures, entorses et grands écrasements des membres, cancers de la langue et du rectum, fistules et abcès de l'anus, hémorroïdes, hydrocèle et varicocèle; appendicite, occlusion intestinale, perforation traumatique de l'intestin, — ou bien de ceux dont on s'occupe plus spécialement à cette heure, des interventions sur l'estomac et la vésicule biliaire.

« Aux affections des organes génitaux de la femme, passées complètement sous silence dans mes cliniques de l'Hôtel-Dieu, j'ai consacré le plus long chapitre de ce volume. La science marche, la gynécologie est maintenant le terrain le plus remué de la thérapeutique chirurgicale et c'est sur elle qu'a porté le principal effort de notre génération. Les affections utéro-ovariennes, autrefois à peine étudiées par quelques-uns, la plupart médecins, sont maintenant scrutées par presque tous nos collègues, et ce n'est pas trop de dire qu'aujourd'hui, tout chirurgien d'un service général se double d'un spécialiste des maladies des femmes.

« J'ai repris, dans ces cliniques, quelques sujets traités dans mes deux premiers volumes, mais il ne s'agit pas de simples redites. Pour les uns, les mastites chroniques, la maladie kystique de la mamelle, l'eau chaude en chirurgie, j'ai voulu consolider par de nouveaux faits, et après plus longue expérience, certaines thèses qui me sont à peu près personnelles; pour d'autres, le traitement des perforations intestinales, par exemple, j'explique pourquoi je reste encore indécis, et ne puis me résoudre, en l'état actuel, à la laparotomie systématique; pour d'autres enfin, tels que l'aïnhum, je montre pour quelles raisons ma première opinion me paraît fausse et je fais amende honorable.

« Malgré la vivacité que l'on met d'ordinaire à défendre ses idées,

j'espère avoir dominé le puéril amour-propre qui veut toujours avoir raison. Chaque jour un fait nouveau surgit qui infirme, confirme ou atténue notre conception première des choses; il faut en tenir scrupuleusement compte. On le verra au cours de ce volume : je n'ai jamais éludé les objections; sur bien des points mes adversaires m'ont convaincu, et je me suis hâté de le reconnaître. C'est que, en chirurgie, nos opinions se traduisent par des actes graves. Donc il nous faut douter de notre infaillibilité, accueillir la critique, la peser strictement, lentement, longuement, pour que les malades ne paient pas d'un désastre les entêtements de notre vanité. »

Dans ces trois volumes de Cliniques je reprends pour les exposer à mes élèves la plupart de mes travaux et de mes recherches. Aussi ne s'étonnera-t-on point de retrouver à chaque instant, au cours de cet exposé de titres, des indications qui nous renvoient à chacun de ces trois volumes. Cependant il est de nombreux chapitres publiés ici et dont je n'ai point encore parlé. Je citerai dans le premier volume : **Rachitisme et Syphilis héréditaire; Rapports de l'inflammation avec la tuberculose; De l'extirpation des tumeurs d'origine tuberculeuse; Anatomie pathologique et traitement des abcès froids; De l'ostéomyélite prolongée; Du traitement des fractures de cuisse par l'extension continue; Du redressement des membres inférieurs par l'ostéotomie et l'ostéoclasie; Des résections sous-capsulo-périostées; Résultats éloignés des grandes résections articulaires; Synovites fongueuses des gaines des tendons; La greffe cutanée et la chirurgie de la face; Des douches naso-pharyngiennes; De la cure radicale des hernies et de ses résultats définitifs; La kélotomie dans les hernies ombilicales étranglées; De la lithotritie à séances prolongées; De la taille hypogastrique.**

Les conférences du deuxième volume, que nous n'avons pas encore citées, comprennent : **De la suture des nerfs; Une épidémie d'érysipèles; Pathogénie et traitement du phlegmon diffus; Traitement des anthrax; Tumeurs mélaniques de la peau; Ostéomyélite prolongée du tarse et du métatarse; Sur un cas d'ostéite tuberculeuse; De la coxo-tuberculose; Kyste séreux congénital et uniloculaire du cou; Sur sept kélotomies; De l'intervention chirurgicale dans les cancers de la mamelle; Pathogénie**

dee vaginalites; Kystes hydatiques du pli de l'aine; Du bubon chancrelleux; Des ongles incarnés.

Enfin, dans le troisième volume, nous citons une fois pour toutes : **Une observation d'abcès à streptocoques; Kyste proligère et dermoïde de l'ovaire, avec dégénérescence sarcomateuse; De l'extirpation des cancers du rectum; Statistique des opérations pratiquées en 1893 dans la salle de Gynécologie.**

Cliniques de la Charité sur la Chirurgie journalière.

(Un volume in-8°, Masson et Cie, 1909.)

Les leçons de ce quatrième volume de clinique ont été professées à la Charité, dans la chaire magistrale de notre Faculté de médecine. Certes, la Maison est illustre, mais l'orgueil de prendre rang, même de fort loin, dans la lignée des Velpeau, des Gosselin, des Trélat et des Tillaux, se paie vraiment trop cher par l'installation misérable que nous ont laissée ces grands prédécesseurs. Si, à force de précautions, nous préservons nos opérés des complications infectieuses prêtes à s'abattre sur eux, les visites de nos confrères de France et de l'étranger nous humilient chaque jour davantage et nous tâchons vainement de « sauver la face » en parlant des futures merveilles que nous réserve, dit-on, un Hôtel-Dieu régénéré, devenu le centre de l'enseignement officiel.

Jadis, on entendait par « chirurgie journalière » quelques notions faciles sur des opérations accessibles aux plus modestes praticiens. Je donne à ces mots une extension plus large et je traite, dans ces leçons, de tous les sujets que le hasard soumet à notre attention quotidienne; les cas s'imposent et ne se choisissent pas; il faut se préparer à tout, et comme nos élèves seront dès demain aux prises avec les difficultés de la profession, nous avons même ouvert, dans ce volume, un chapitre sur « les accidents du travail » qui sollicitent déjà l'activité d'un grand nombre de nos collègues.

La thérapeutique nous a surtout préoccupé et nous ne cachons pas nos préférences pour les méthodes conservatrices. Comme dans nos leçons précédentes, nous proclamons ici qu'une opération est l'équivalent d'une maladie, que toute prise de bistouri est un aveu d'impuissance et que sauver difficilement un membre est plus glorieux que l'amputer brillamment. Le public prête volontiers aux chirurgiens les attitudes avantageuses d'un guerrier qui accourt, affronte le mal et le terrasse, au risque d'ailleurs d'une soudaine catastrophe. Nous voudrions le voir sous la modeste allure d'un diplomate avisé qui prévient le désastre par un « arbitrage », sans éclat il est vrai, mais du moins sans péril.

Paris, 5 janvier 1909.

AUTRES PUBLICATIONS

Notice eur Paul Broca.

(Revue de Médecine et de Chirurgie, t. IV, octobre 1880.)

Notice eur M. Houel.

(Bulletin de la Société anatomique.)

Notice eur Claude Bernard.

(Magasin Pittoresque.)

Notice sur M. Bersot.

Éloge d'Alphonse Guérin.

(Séance annuelle de la Société de Chirurgie, 1896.)

Éloge de Verneuil.

(Séance annuelle de la Société de Chirurgie, 1897.)

Éloge du baron Hippolyte Larrey.

(Séance annuelle de la Société de Chirurgie, 1896.)

Éloge de Marjolin.

(Séance annuelle de la Société de Chirurgie, 1899.)

Éloge de Maieonneuve.

(Séance annuelle de la Société de Chirurgie.)

La Fontaine d'Abusquy.

(Progrès médical, 9. 12, 23 novembre 1888.)

La Fontaine de Salies.

(Revue Bleue, 9 mars 1895.)

Origine des tendances de la Chirurgie contemporaine.

(Leçon d'ouverture du cours de Médecine opératoire, 1904.)

Éloge de Tillaux.

(Leçon d'ouverture du cours de Clinique chirurgicale de la Charité, 1905.)

L'Académie royale de Chirurgie.

(Conférence à la Sorbonne des Amis de l'Université.)
